L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE	NOSOGRAPHIE
ANATOMIE	ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE	SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

CINQUANTE-CINQUIÈME ANNÉE
TOME CVIII

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
12, RUE DE BOURGOGNE, 12

1909

L'ART MEDICAL

JANVIER 1909

MEDECINE PRATIQUE

La lithiase biliaire et son traitement.

Avant d'aborder la thérapeutique que notre école a instituée dans le traitement de cette maladie, nous croyons devoir exposer l'état de la question dans l'école officielle, tant au point de vue pathologique qu'au point de vue thérapeutique.

La pathogénie de la lithiase biliaire admet le concours de trois causes dans l'étiologie de la maladie : l'infection, une stase relative de la bile dans la vésicule, et une prédisposition créée par la cholémie familiale.

L'infection ! Aujourd'hui on retrouve cette hypothèse au seuil de toutes les étiologies, comme autrefois on trouvait l'irritation. Pour la lithiase biliaire on n'admet qu'une infection *atténuée* (Gilbert et Lereboullet), L'infection se démontre par la présence d'une espèce bactérienne au centre du calcul. Pourquoi cette infection est-elle atténuée ? Les auteurs n'en disent rien, et n'en savent peut-être pas plus. Quant à la présence dans le centre des calculs, du bacillum coli, du bacille d'Eberth ou de tel autre microbe, hôte habituel comme on dit aujourd'hui de la vésicule biliaire,

on leur attribue bien gratuitement une action infectieuse puisqu'aucun symptôme réellement infectieux ne correspond, la plupart du temps, à l'existence des calculs biliaires.

La seconde condition de la pathogénie de la lithiase, une stase relative de la bile dans la vésicule est certainement une condition qui doit favoriser la formation des concrétions biliaires. Mais pourquoi cette stase relative ? Et qui l'a constatée ? Et à quels signes la reconnaître? Il est certain que, si cette stase existe, elle constitue une condition très favorable au dépôt et à la concrétion de la cholestérine. Mais c'est donc pour le moment, une simple hypothèse.

Le terrain favorable, la prédisposition est créée, suivant Gilbert et Lereboullet par la *cholémie familiale*. Or, en quoi consiste la cholémie familiale ? C'est d'abord un état héréditaire, et c'est pour cela qu'elle est familiale ! Ce qui le caractérise, cet état, c'est un excès de bilirubine dans le sérum sanguin et cet excès est évalué à environ un dix-sept millième.

Cette cholémie familiale s'affirme par les symptômes suivants : ictère léger, taches de rousseur, taches hépatiques, prurit, urticaire, neurasthénie, hypocondrie, migraine, dyspnée, entérite pseudo-membraneuse, avec ou sans constipation, appendicite, hémorroïdes, hémorrhagies diverses, et xanthélasma des paupières. La cholémie familiale d'après nos auteurs, favorise les auto-infections vésiculaires lithogènes.

Nous ne nions pas l'existence de cet état assez vague créé par MM. Gilbert et Lereboullet, sous le nom de cholémie familiale. Mais ce que nous affirmons au nom de la clinique, c'est que la lithiase biliaire se développe très fré-

quemment chez des malades qui n'ont jamais présenté les signes de la cholémie familiale.

Comme la lithiase rénale, la lithiase biliaire est une affection goutteuse. Elle coexiste avec les autres affections goutteuses et principalement la migraine, les hémorroïdes et surtout les dyspepsies, et il n'est pas rare de la voir à quelques années de distance, remplacer la lithiase rénale.

La pathogénie imaginée par Gilbert et Lereboullet, reposant sur l'infection, la stase biliaire, et la cholémie familiale n'est qu'un *roman*. La lithiase biliaire constituant une affection goutteuse est une *histoire* clinique bien faite et qui sera complète quand j'aurai ajouté qu'on l'observe encore chez les paludéens et les saturnins.

Traitement de la lithiase biliaire.

Examinons maintenant le traitement institué par nos officiels pour combattre la lithiase biliaire. C'est d'abord comme on le pense bien, les *antiseptiques biliaires*. Seulement, comme on n'y compte guère, on n'en parle pas plus, et l'on ne nous dit pas quels ils sont. Puis vient la seule chose raisonnable, le régime lacto-végétarien, additionné de poisson maigre, œufs et viande blanche, ce que j'approuve si la viande blanche se compose de mouton, de poulet et de jambon ! Enfin, le grand cheval de bataille des eaux minérales alcalines, pour fluidifier la bile, et les cholagogues pour la chasser (ô Molière !).

En résumé, et pour ne pas être trop sévère, thérapeutique nulle en dehors du régime.

Traitement de la lithiase constituée.

Abordant maintenant la partie vraiment pratique de la question, c'est-à-dire le traitement de la lithiase biliaire

constituée, nous allons retrouver ici des travaux de séméiotique et des conseils thérapeutiques dignes des praticiens éclairés qui constituent le corps des médecins des hôpitaux de Paris.

Une première distinction très pratique consiste à séparer la colique hépatique vraie de la colique vésiculaire. Après avoir réservé une *forme latente* dans laquelle les calculs restent immobiles dans la vésicule, il se présente deux cas différents. Dans le premier, les calculs franchissent le canal cystique et le cholédoque et sont évacués par l'intestin : colique hépatique commune.

Dans le second cas, les calculs font effort pour passer dans le canal cystique, ne peuvent le traverser, retombent dans la vésicule, et sont ainsi soumis à plusieurs essais infructueux : colique vésiculaire.

I. *Colique hépatique commune.* — La douleur est atroce ; le foie lui-même, légèrement augmenté de volume devient très douloureux au toucher. Il existe une légère augmentation de la rate ; ictère complet, cessation brusque et définitive de la douleur ; calculs, habituellement petits, retrouvés dans les matières

II. *Colique vésiculaire.* — Douleur habituellement moins violente, siègeant très manifestement au niveau de la vésicule. Nausées et vomissements bien plus fréquents que dans la forme précédente, absence d'ictère, absence de calculs rendus par les selles. Souvent, la palpation permet de déterminer une tumeur, tantôt petite et arrondie siègeant dans la région de la vésicule, d'autres fois volumineuse, même très volumineuse, simulant un kyste, ou allongée en boudin le long du muscle droit ; toujours cette

tumeur suit les mouvements du diaphragme dans la respiration.

Cette division des coliques en hépatiques proprement dites et vésiculaires est extrêmement pratique au point de vue du traitement, puisque les indications sont différentes et même opposées dans ces deux formes de la colique hépatique.

Dans la *forme commune* de la colique hépatique, l'indication est d'activer le mouvement de la bile, mouvement qui a pour résultat de chasser les calculs de la vésicule dans l'intestin à travers le canal cystique et le cholédoque. C'est dans ce but que certains médecins, considérant qu'à chaque digestion correspond un flux biliaire plus ou moins intense, ont conseillé de petits repas très rapprochés. C'est pour remplir la même indication qu'on a conseillé l'usage de grandes quantités d'huile d'olive, de glycérine, d'éther, dans l'espoir de voir ces différents corps, par leur action mécanique favoriser l'écoulement de la bile dans l'intestin et, par conséquent, la migration des calculs.

J'avoue que je ne comprends rien à cette action mécanique de ces moyens traditionnels, de l'efficacité desquels je doute fort. Les lavements froids ont la réputation d'exciter les contractions des voies biliaires et de favoriser l'évacuation des calculs, opinion dont je ne prends pas la responsabilité.

Il n'en est pas de même de certains médicaments appelés *cholagogues*, qui excitent la sécrétion biliaire, et parmi lesquels il faut citer certains *purgatifs salins*, et surtout le *Calomel*, qui, à toutes petites doses, excite le flux biliaire et a une influence indiscutable sur la migration des calculs.

Les douleurs causées par la colique sont tellement atro-

ces que tous les médecins, allopathes et homœopathes, prescrivent les narcotiques, et en particulier l'injection de morphine, qui procure au malade après quelques minutes la disparition des douleurs et le repos réparateur. J'ajoute que cette action sur la douleur n'empêche nullement la migration des calculs et que souvent le malade se réveille complètement guéri de sa crise.

Les applications externes, les ouataplasmes, additionnés ou non de substances narcotiques doivent être employés comme des auxiliaires au traitement interne.

Dans le traitement de la colique vésiculaire les indications sont inverses. Ici nul espoir de voir le calcul franchir le canal cystique. Les efforts du médecin doivent donc avoir pour but de les immobiliser le plus tôt possible et de faire disparaître la douleur de la vésicule.

Le malade devra garder le *repos* au lit. L'*alimentation* sera *réduite* autant que possible. Les narcotiques sont les seuls médicaments indiqués : en même temps qu'ils diminuent la douleur ils contribuent à immobiliser le malade.

Traitement homœopathique de la lithiase biliaire.

Nous ne possédons pas de médicament capable de guérir la lithiase biliaire à l'état de disposition générale à la formation des calculs; ou, tout au moins, les médicaments employés dans ce but par notre école ont encore une action fort incertaine. Néanmoins, nous sommes loin d'être désarmés et la lithiase biliaire peut être combattue avec succès par la méthode suivante:

La clinique nous enseigne que toutes les fois qu'on peut triompher de la dyspepsie qui précède et accompagne la formation des calculs biliaires on empêche la lithiase de se

manifester. Aussi nous prescrivons dans ces cas le régime alimentaire que nous avons donné dans tous ses détails à propos du traitement de la dyspepsie. Nous y joignons, suivant leurs indications, l'usage de la *Noix vomique*, du *Graphite*, du *China*, et des autres médicaments usités dans les dyspepsies: et le plus souvent la lithiase biliaire est arrêtée dans ses manifestations.

Certains médicaments, entre autres le *Calcarea carbonica* et le *China* contribuent beaucoup à la guérison des malades.

Mais la clinique nous a encore appris une systématisation de deux médicaments à l'aide desquels nous réussissons habituellement à empêcher le retour des coliques hépatiques.

Voici en quoi consiste le traitement : pendant 5 jours le malade prend 2 fois par jour à ses repas une pilule de *Fiel de bœuf*, 25 centigrammes; puis pendant 5 autres jours *Calomelas*, première trituration décimale ou centésimale, 10 centigrammes matin et soir.

Nous disons centésimale ou décimale parce que chez un certain nombre de sujets cette dernière dose à un effet laxatif qui n'est pas recherché.

Après ces 10 jours de traitement, le malade se repose 5 jours et recommence. Le traitement doit être continué plusieurs mois en augmentant les intervalles de repos.

Le *Fiel de bœuf* constitue une forme d'isopathie. Mais un certain nombre de médecins affirment avoir guéri radicalement la lithiase biliaire par l'usage de calculs biliaires portés à la troisième trituration. Dans certains cas, cette préparation a été administrée à doses isolées tous les 5, 6 ou 7 jours; dans d'autres cas, elle a été prescrite à dose quotidienne.

Quant au traitement des accès de colique hépatique, nous avons déjà dit que la douleur était le symptôme dominant, qu'elle peut atteindre un degré effroyable, jusqu'à déterminer des accès convulsifs, et que l'indication tirée de ce symptôme prime toutes les autres. Aussi homœopathes et allopathes sont d'accord pour employer ici les injections de morphine.

Les médicaments dont nous allons maintenant parler ne trouveront donc leur emploi que chez les malades qui ne peuvent, sans inconvénient grave, faire usage de la morphine.

Belladone et *chamomille* alternéees à la troisième dilution, une dose tous les quarts d'heure, ont quelquefois réussi à calmer les douleurs.

China est ensuite le médicament le plus souvent usité ; il contient dans sa pathogénésie des symptômes qui rappellent bien la colique hépatique : douleurs pressives aux hypocondres, augmentant par la marche, la respiration, le moindre contact ; douleurs très violentes à la région épigastrique, nausées, vomissements, ictère, *China*, 6e.

Le *Calcarea carbonica* a aussi une très grande réputation, et aurait réussi à calmer des douleurs très violentes. Clarke et Richard Hughes, le recommandent journellement. Mais nous n'en n'avons aucune expérience personnelle.

Certains médicaments le *Baptisia*, le *Chelidonium majus*, et surtout le *Berbéris*, répondent principalement à la *colique vésiculaire*. Dans la pathogénésie de ce dernier médicament nous trouvons les symptômes suivants : douleur lancinante et pression dans la région du foie, augmentée par la pression; cette douleur correspond à la vésicule biliaire. Elle dure 3 heures, mais pas d'une manière continue. La douleur lancinante dans la région de la vésicule

biliaire se trouve encore signalée dans quatre paragraphes. (*Berbéris*, tome IV, p. 125, Rothe.) J'ajoute que ce médicament a été habituellement donné à forte dose, 20 à 30 gouttes T. M.

Le *Ricinus* a été surtout préconisé par Emery, de Lyon, et *Ocimum*, par Mure.

Digitale et *Arsenic* déjà employés par Hartmann, sont indiqués dans les cas où les douleurs excessives s'accompagnent d'un état lipothymique.

Dr P. JOUSSET.

MATIERE MEDICALE ET THERAPEUTIQUF

THÉRIDION CURASSAVICUM
(Théridion de curaçao).

Bibliographie.

T.-P. ALLEN. *A Handbook of Materia medica*, Philadelphie, 1889.
FARRINGTON. *A clinical Materia medica*, Philadelphie, 1887.
E. HALE. *New Remedies*, New-York et Philadelphie, 1887.
C. HERING. *Stapf's Archiv für homöopatische Heilkunde*, t. XIV, 1840.
G. SIEFFERT. *Formulaire de Thérapeutique positive*, Paris et Leipzig, 1899.
W. SCHWABE. *Pharmacopœa homœopathica polyglotta*, Leipzig, 1880.

I. — GÉNÉRALITÉS

Cette araignée vit sur les orangers, dans les Indes Occidentales, principalement à Curaçao. Ce que nous savons sur l'action de son venin, nous le devons aux expérimentations de Constantin Hering, depuis confirmées et complétées

par les médecins américains Neidhard, Braun, Barnuch et Wells.

« Très désireux d'apprendre à connaître ce venin, dit Hering, j'enfermai dans un flacon de rhum quelques araignées vivantes. Je laissai le tout pendant un an, puis j'en pris une goutte que j'atténuai. Tous les essais furent entrepris avec la première dilution décimale (3, 4 à 5 globules) et les symptômes que j'ai notés se produisirent après une seule prise du médicament. Sans doute une trituration eut mieux valu, parce que tous les venins, y compris les contages, laissent à l'alcool une partie de leur énergie, sont dissous, décomposés ou concentrés par lui, sinon chimiquement altérés d'une façon quelconque. »

Ozanam, concluant de ce que les théridions sont ordinairement sans danger, se demande si c'est à *Théridion curassavicum* qu'il faut rapporter les effets pathogénétiques décrits par Hering, et serait plutôt tenté de les attribuer à l'espèce *Latrodecte malmignatte*, qui se rapproche beaucoup de la précédente. Néanmoins ce n'est là qu'un point d'interrogation que se pose Ozanam, car il publie une pathogénésie très explicite de *Théridion*. Et d'ailleurs, tous les autres expérimentateurs sont d'accord pour donner raison à Hering.

II. — Action toxique.

Un animal mordu par cette araignée gonfle et meurt. Même pour les chevaux et les vaches, sa morsure est rapidement mortelle. Un cheval mordu laisse aussitôt pendre sa langue hors de la bouche, court affolé jusqu'au prochain ruisseau, boit et meurt. Pourrait-on empêcher les animaux de boire, il serait parfois possible de les sauver.

L'homme mordu par cette araignée risque les plus grands dangers. Il est pris d'un violent frisson, en même temps que l'écume apparaît à ses lèvres ; ou bien il ressent d'abord des douleurs dans tous les os, comme si tout le squelette allait se disloquer, de la tête aux pieds, puis un violent frisson fébrile dont rien n'est capable de le réchauffer, avec absence de soif.

III. — PATHOGÉNÉSIE.

Symptômes généraux. Tétanos. Tout bruit perçant, toute réverbération lumineuse retentit à travers le corps entier; surtout à travers les dents, et augmente le vertige qui, par suite, provoque de la nausée. Douleur dans tous les os, comme s'ils voulaient se rompre. Sensation de brisure de la tête aux pieds. Pesanteur, le matin, avec somnolence; tremblement avec transpiration. Bavardage; syncope après chaque effort.

Moral. Désespoir, manque de confiance en soi-même.

Humeur gaie : le sujet chante, malgré la chaleur qu'il ressent dans la tête. Aversion pour le travail professionnel. Forte disposition à s'effrayer. Le temps passe trop vite. Difficulté de méditer et surtout de faire des comparaisons. Anxiété précordiale.

Tête. Tête entreprise et gêne pour le travail intellectuel.

Vertige fréquent, surtout en se baissant. Vertige avec nausées et malaise allant jusqu'au vomissement.

Mal de tête, dans les orbites. Pas de douleur, mais sensation si bizarre d'un corps étranger dans la tête, qu'on ne saurait la décrire. Tête semblant tellement grosse, qu'on croirait que ce soit une autre tête, ou que la tête soit surmontée d'un objet quelconque.

Sensation de tournoiement , en se retournant.

Céphalalgie comme par tiraillement et pression à la racine du nez, allant vers les oreilles, Compression aux tempes. *Céphalalgie au début de chaque mouvement.*

Accès de vertige et de vomissements, avec sueur froide, à ce point modifiés par Théridion, que la nausée, toujours provoquée par l'occlusion des paupières, apparaît en ouvrant les yeux, si bien que le sujet est forcé d'avoir ses yeux constamment fermés.

Douleurs principalement dans la région des yeux, avec tressaillements dans l'œil droit (Neidhard).

Soudain, le matin, douleur pressive au-dessus de l'œil gauche, aggravée par le moindre mouvement, par la parole; en même temps malaise à l'estomac avec vomiturition, amélioré par absorption d'eau chaude ; diarrhée avec coliques et flatulences, après quoi la tête est plus mal.

Mal de mer avec toutes les sensations qui s'y rapportent.

Yeux. Scintillements avec fréquents paroxysmes, même en fermant les yeux. Voile devant les yeux. Sensibilité à la lumière. Diplopie.

Douleur vive, pesante et sourde derrière les globes oculaires.

Oreilles. Bourdonnements. Bruissements comme par une chute d'eau. Chaque son traverse le corps entier, surtout les dents, et aggrave le vertige. Démangeaisons derrière les oreilles forçant à se gratter vivement.

Nez. Elancement. Ecoulement fréquent d'eau par le nez, sans coryza, aggravé le soir.

Goût. Perverti. Sensation cotonneuse. Mucosités à la bouche tellement abondantes que les dents en semblent salies. Nécessité fréquente de se rincer la bouche.

Face. Pâle.

Bouche et *Abdomen*. Bouche pâteuse et comme brûlée.

Tous les sons et le froid produisent une sensation douloureuse dans les dents. Appétence pour les acides, le vin, l'eau-de-vie et le tabac. Désir continuel d'aliments ou de boissons, sans savoir lesquels.

Nausées et vomissements la nuit, précédés de vertiges que ramène le plus léger mouvement ou l'occlusion des yeux. Nausées provoquées par tous les sons un peu forts.

Constipation. Suppression immédiate de la garde-robe, pendant quelques jours. Selles de consistance ordinaire mais difficiles à évacuer. Besoin d'aller à la garde-robe plus tardif et moins accentué que d'habitude ; puis successivement selles plus liquides. Gaz plus nombreux.

Douleurs dans les parois latérales de l'abdomen et aux aines, après le coït.

Prolapsus anal et douleur surtout en s'asseyant, par hémorrhoïdes qui ont cédé. Le prolapsus disparaît, puis revient ; finalement hémorrhoïdes.

Violentes douleurs, brûlantes à la région hépatique, augmentées par la palpation, accompagnées d'efforts pour vomir et finalement de vomissements de bile.

Système nerveux. La moelle épinière est très irritable. La sensibilité est surtout grande entre les espaces intervertébraux, au point que le malade s'assied de côté sur sa chaise, afin d'éviter la pression du dossier sur la colonne vertébrale.

Organes génito-urinaires. Urination fréquente et abondante.

Scrotum très rétracté.

Exaltation immodérée de l'appétit vénérien ; puis diminution des besoins sexuels, le sujet finissant par les maîtriser.

Érections faibles. Fortes érections le matin, sans désir vénérien.

Pollution très abondante pendant la sieste.

Organes respiratoires. Toux nocturne.

Picotements vifs à la partie supérieure de la poitrine, à travers l'épaule gauche, jusqu'au cou. Douleur tiraillante dans le pectoral gauche.

Tendance à respirer profondément, à gémir. Petite pression, comme si à travers l'œsophage, il se glissait, vers le creux épigastrique, quelque chose qui arrête momentanément la respiration.

Cœur. Anxiété précordiale (Braun).

Pouls lent avec vertige (Wells).

Peau. Démangeaisons à la tête, derrière les oreilles, au nez, à la nuque, aux bords des épaules, dans le dos, aux fesses (avec boutons) aux mollets.

Fièvre. Violent frisson, pendant lequel il apparaît de l'écume à la bouche.

Le sujet se mord le bout de la langue pendant le sommeil.

Après déjeuner, pesanteur dans les membres, grand froid interne amenant un tremblement. Somnolence.

Douleur dans tous les os, avec sensation de dislocation.

Mains froides avec scintillements devant les yeux et nausée.

Sueur glaciale recouvrant le corps entier, avec faiblesse et vertige, et nausée la nuit.

IV. — Thérapeutique.

Excessive sensibilité au bruit : les sons traversent les dents. Action sur les tissus osseux et les nerfs qu'ils renferment.

Le système nerveux est la principale sphère d'action de ce médicament. Céphalalgie, nervosité, hystérie, affairement sans se plaire à aucune occupation, en sont les caractéristiques, dont la plus notoire est la sensibilité aux bruits.

Ce dernier symptôme imprime son cachet au vertige, à la céphalalgie et même aux malaises gastriques. Tout son pénètre à travers les dents et se répercute par tout le corps. Le mouvement aggrave tous les symptômes qui sont, d'ailleurs, accompagnés de faiblesse, tremblement, froid et anxiété, souvent de sueurs froides, de malaises, de loquacité, de fuites de la pensée, encore fortement augmentés par l'occlusion des yeux.

Signalons encore l'irrabilité du cordon spinal.

Antidotes : *Aconit ; Moschus ; Graphites.*

V. Clinique.

Céphalalgie nerveuse de la femme (comme si elle pouvait dévisser sa tête) et débutant toujours par des scintillements devant les yeux.

Hystérie, à la puberté et à la ménopause. Palpitations hystériques.

Irritation spinale. L'hyperesthésie est tellement marquée, que la malade s'assied en travers sur la chaise, afin d'éviter la pression du dossier contre le rachis.

Hypochondrie. Violente douleur brûlante à la région hépatique, plus douloureuse à la palpation.

Hépatite.

Ménopause (troubles divers).

Mal de mer, surtout chez les femmes nerveuses : elles ferment les yeux pour ne pas voir les mouvements du bateau.

Migraine, aggravée par le bruit et l'occlusion des yeux (scintillements).

Névralgie intercostale rebelle.

Névralgie faciale chez les femmes, accompagnée de vertiges, de scintillements, de douleurs oculaires et de photophobie.

Vertige, aggravé par l'occlusion des yeux ; dans la position assise, ou couchée.

Nausées et *vomissements* aggravés par le mouvement ou l'occlusion des yeux.

Phtisie aiguë (arrête les progrès du mal). Indication : violents points dans la région sous-claviculaire gauche, allant de la poitrine au dos (Baruch).

Scrofulose osseuse (carie, nécrose, ozène), après échec des autres médicaments indiqués.

VI. — Mode d'emploi et doses.

Inconnu dans la thérapeutique allopathique, ce médicament est préparé, en pharmacie homœopathique, au moyen de l'araignée vivante broyée pour teinture-mère.

Théridion n'est usité qu'aux dilutions élevées, généralement à la 30e.

Tarentula lycosa.

Bibliographie.

T.-J. Allen. *A Handbook of Materia medica*, Philadelphie, 1889.

J.-H. Clarke. *A. Dictionary of pratical Materia medica*, Londres, 1900.

Ecalle, Delpech et Peuvrier. *Pharmacopée homœopathique française*, Paris, 1898.

FARRINGTON. A. *Clinical Materia medica*, Philadelphie, 1887.
E. HALE. *New Remedies*, New-York et Philadelphie, 1887.
GUÉRIN-MÉNÉVILLE. *Tarentula.* Art médical, 1874.
P. JOUSSET. *Traité élémentaire de Matière médicale expérimentale*, Paris, 1884.
KOBERT. *Beiträge zur Kenntnis der Giftspinnen*, Stuttgart, 1901.
O. v. LINSTOW. *Die Giftthiere und ihre Wirkung auf den Menschen*, Berlin, 1894.
OZANAM. *Etude sur le venin des arachnides*, Art médical, Paris, 1856.
G. SIEFFERT. *Formulaire de Thérapeutique positive*, Paris et Leipzig, 1899.

I. Généralités

La tarentule d'Europe (*Tarentula lycosa*) est une araignée vagabonde, plus grande et plus robuste que nos araignées domestiques, avec lesquelles elle offre beaucoup de ressemblance. On la trouve en abondance aux environs de Tarente ; elle vit également en Corse, en Andalousie et dans certaines régions du Midi de la France.

II. Action toxique

Les variétés de tarentules étant très nombreuses et chacune d'elles produisant des accidents particuliers, on remarquera quelque diversité dans les relations des auteurs.

« La morsure de la tarentule détermine, au premier moment, une douleur semblable à celle d'une piqûre d'abeille. Les parties voisines prennent rapidement une coloration livide, jaune ou noire ; la douleur devient très vive, mais quelquefois, elle est remplacée par un engourdissement général, la partie malade se gonfle plus ou moins. Le malade est pris, en même temps, d'angoisse, d'abattement, d'une grande difficulté de respirer et d'une douleur à la région du cœur.

« ...La *tarentule des vignes* détermine les accidents les plus graves, vives douleurs, gonflement et tumeur, frisson et sueur froide par tout le corps, aphonie, envies de vomir, érections, gonflement du ventre et tous les autrés symptômes ci-dessus indiqués, chez les malades les plus gravement atteints, qui ont pu cependant résister aux premiers accidents ; il survient, au bout de quelques jours, un état de mélancolie, désigné sous le nom de tarentisme, qui ne peut être dissipé que par la danse, la musique, ou par les progrès de l'âge, mais il est assez rare que les blessés guérissent complètement : leur moral reste toujours plus ou moins affecté, ils recherchent les lieux déserts et les cimetières, et se plaisent à s'étendre dans les cercueils, comme s'ils étaient morts ; d'autres se précipitent dans les puits; des jeunes filles et les femmes les plus honnêtes éprouvent les accidents de la nymphomanie la plus complète, d'autres se roulent dans la fange comme des porcs et semblent jouir en un pareil état, d'autres se plaisent à se faire frapper la plante des pieds, le dos, les talons ; il en est qui se sentent soulagés par une course rapide. Les uns recherchent avec plaisir certaines couleurs, surtout le rouge, le vert, le bleu, et rarement le noir ; les autres les repoussent avec horreur, ou passent en peu de temps d'un sentiment à un autre, et si quelque personne porte des vêtements dont la couleur déplaît au malade, elle doit s'éloigner, car cette vue aggrave l'angoisse, et aggrave tous les symptômes Par un phénomène de périodicité bien remarquable, ces phénomènes morbides reviennent chaque année, surtout pendant les trois mois d'été, ou plus particulièrement à l'époque correspondante à celle où le malade a été mordu.

« ...La recrudescence d'action du venin se fait d'abord lentement sentir par l'inappétence, l'anxiété, la céphalal-

gie, du brisement dans les membres ; le patient a recours à la musique et à la danse, qui souvent calment les accidents, surtout quand il survient une forte sueur, pendant l'exercice choréique. Mais, quand l'accès débute subitement avant qu'on puisse y porter secours, le malade tombe à demi-mort, comme frappé par la foudre, les extrémités et la face deviennent livides, il survient de la suffocation, et les accidents continuent jusqu'à ce que les membres s'agitent et bientôt tout le corps est sous l'influence d'une sorte de danse.

« Si ces phénomènes choréiques ne surviennent pas au moment critique, le malade restera toute cette année sujet à de graves accidents ; la peau prend une teinte ictérique, il survient une fièvre lente, de l'inappétence ; la santé reste, au contraire, très bonne, si l'agitation et les sueurs ont lieu au moment favorable (Ozanam). »

« La piqûre de la tarentule produit quelquefois une douleur intense, comme celle d'une abeille ; d'autres fois, la douleur n'est guère plus sensible que celle d'une piqûre de puce. En même temps, une sensation de froid et d'engourdissement part du point mordu, et s'étend à tout le corps. La piqûre se présente sous forme d'une tache rougeâtre ou d'un petit tubercule ; rarement, on constate une tuméfaction considérable. Au bout de quelques minutes, une demi-heure au plus, le malade éprouve un sentiment de froid, de légères convulsions, une grande anxiété avec dyspnée, état lipothymique et une angoisse qui arrache des plaintes au malade. La face est pâle et plombée, les yeux sont enfoncés, la respiration est suspirieuse. Le cœur est le siège d'une douleur crampoïde ; le pouls irrégulier, faible, tremblant, manquant. Les lipothymies et les syncopes du début se répètent, et devien-

nent plus profondes ; il y a des sueurs froides, de la soif, des nausées, des vomissements, de la tympanite. Les muscles sont d'abord comme paralysés, puis ils deviennent le siège de tremblements, de contractions, principalement sur les fléchisseurs ; puis surviennent des convulsions cloniques, bornées à un seul côté, ou même à un seul membre. Le plus souvent, les facultés intellectuelles restent intactes, mais les malades sont tristes, désespérés, avec des accès de gaîeté et de colère. On a noté la perte de l'ouïe et de la vue, la catalepsie et le coma, l'excitation de l'appétit vénérien. La vue de l'eau, de certaines couleurs éclatantes, d'objets brillants, mais principalement le son de certaines musiques, bien rythmées, comme la tarentelle, soulagent les malades (P. Jousset). »

« L'empoisonnement que provoque la morsure de la tarentule a des symptômes excessivement semblables à ceux des venins des serpents. La partie piquée enfle et change de couleur ; les ganglions lymphatiques augmentent de volume. Le venin pénètre-t-il par le cou, le tissu cellulaire en est affecté, et il se produit une tuméfaction rouge foncé ou pourpre. L'asphyxie semble menaçante, mais les symptômes s'améliorent s'il survient une épistaxis avec épais caillots. La congestion cérébrale se manifeste nettement par les battements énergiques des carotides. Concurremment à tous ces symptômes, la face est pâle et terreuse ; les amygdales sont gonflées et pourprées ; il existe des difficultés de la déglutition, d'origine paralytique. Le malade a une soif ardente ; il boit de l'eau à grands traits. Les selles sont foncées et fétides ; l'urine parcimonieuse et difficilement émissible. Ceci ressemble beaucoup à l'empoisonnement par *Lachesis*. Mais il se montre d'autres symptômes, des phénomènes nerveux, qui impriment au

venin sa marque caractéristique. On constate des symptômes nerveux avec tous les venins des arachnides.

L'irritation spinale est très explicite, et ce qui est tout à fait particulier, c'est la grande excitabilité des extrémités nerveuses. Le malade ne cesse pas de mouvoir ses mains, et essaie de lutter contre l'irritabilité nerveuse, qui, elle, est excitée par la musique, et rend le sujet comme fou. N'observe-t-on pas le malade, il ne se produit pas d'accès hystériques ; mais aussitôt qu'on fait attention à lui, les tiraillements commencent. Lorsqu'il existe de la céphalalgie, elle s'améliore quand le malade enfonce se tête dans l'oreiller. Les frictions semblent exercer une action calmante (Farrington). »

III. Pathogénésie

C'est le Dr Nunez qui, au moyen de la tarentule d'Espagne, a fourni les principaux éléments à l'établissement de cette pathogénésie, en indiquant peut-être un peu pêle-mêle, sans les différencier suffisamment, les symptômes obtenus sur l'homme sain, les phénomènes curatifs et les symptômes déduits par induction. Il en résulte surtout relativement aux phénomènes nerveux, une confusion contre laquelle le lecteur doit être mis en garde. Le travail plus précis de S.-H. Clarke nous permet cependant de mettre un peu d'ordre dans cet ensemble touffu.

Symptômes généraux. Face jaune. Défaillance. Douleur cuisante, alternance de chaud et de froid, allant du siège de la piqûre au défaut des côtes, puis revenant au siège de la piqûre. Il survient un état d'apoplexie ou d'asphyxie Sous l'influence de la musique, le sujet semble revivre, remuant d'abord ses pieds, puis la main et finalement le reste du corps. Une fois debout, il danse frénétiquement,

et les symptômes disparaissent avec la transpiration qui s'installe, mais ils sont capables de revenir chaque année à la même époque. Tremblement de tous les membres. Agitation intense.

Moral. Accès de folie ; le sujet presse sa tête et s'arrache les cheveux ; attitude et langage menaçants répétés par intermittence ; agitation dans les jambes ; sourire moqueur et expression joyeuse de la face. L'accès se termine par une céphalalgie violente, avec yeux fixes et largement ouverts ; mouvements des mains. Grande excitation par musique. Visions de monstres, d'animaux, de revenants ; grimaces. Les couleurs rouge, jaune et verte développent un épais brouillard devant les yeux. Grande taciturnité et irritabilité ; tendance à battre. Excessive gaieté ; rires par le moindre prétexte. Joie et vive émotion à la vue de personnes aimées. Le sujet chante jusqu'à épuisement. Accès de rire nerveux suivis de cris. Profond chagrin et anxiété. Le sujet désire rester sans lumière et sans qu'on lui parle. Accès de furie ; méchanceté et instinct destructeur. Ennui. Crainte d'une calamité imminente. Intelligence et mémoire faibles.

Sommeil. Bâillements. Insomnie. Le sujet rêve d'affaires, de submersion ; tristesse jusqu'aux larmes. Il se réveille de mauvaise humeur.

Tête. Vertige en marchant, en descendant les escaliers ; vertige passager le nuit, précédé par des symptômes gastriques ; vertige causant faiblesse sans perte de conscience, vertige en fixant un objet, avec céphalalgie, violente douleur au cervelet, érection incomplète du pénis et formication au palais. Contorsions et mouvements extraordinaires de la tête et des mains, avec rage et agitation nerveuse. Tête pesante. Difficulté d'ouvrir les yeux ; tendance à in-

cliner la tête en arrière. Céphalalgie par la promenade, forçant à se coucher. Douleur à la tête et au cœur, avec toux et nausée le matin en marchant. Céphalalgie profonde, intense, avec agitation forçant à changer de place ; la douleur va du front à l'occiput avec photophobie;la lumière vive pousse aux gémissements et aux jurons. Compression, martellement, élancements et brûlements dans la tête. Les cheveux gênent à ce point le sujet qu'il désire qu'on les coupe. Balancement continuel de la tête, sans trouver une position où la laisser en repos. Malaise, impatience, mauvaise humeur, respiration oppressée et désir de s'arracher les cheveux. Douleur de tête s'étendant aux os malaires, avec nausées et envie de vomir. Céphalalgie frontale ; douleur au vertex et aux os pariétaux, comme par eau froide, avec violents tintements internes. Céphalalgie affectant principalement l'œil gauche. Douleur occipitale martelante, brûlante, avec soif ardente, comme par un clou qu'on enfoncerait.

Yeux. Cercles bleus autour des yeux. Yeux vitreux, rouges. Pupille droite très dilatée ; pupille gauche contractée. Sensation de cheveu dans l'œil gauche, qui provoque des picotements et pousse à se frotter l'œil. Douleur dans l'œil gauche, comme par eau froide. Sensation d'une écharde, de sable, d'une épingle, d'un coup de fouet. Douleurs fulgurantes, lancinantes, piquantes. La lumière irrite les yeux. Démangeaisons aux yeux et très grosses larmes. Douleurs dans les sourcils. Paupières agglutinées, démangeaisons, herpès. Photophobie. Vision troublée.

Oreilles. Sécrétion muqueuse abondante par l'oreille droite. Vive douleur au méat externe, comme par clou enfoncé ou par reptation. Craquements dans l'oreille droite, avec douleur et hoquet. Surdité avec bourdonnements,

sifflements et vertige. Bruits dans les oreilles, la nuit, comme par sonnette, disparaissant lorsque le sujet se lève. Puis amélioration par sensation de craquement.

Nez. Eternuement et coryza. Epistaxis profuse avec flot de sang noir coagulant promptement. Epistaxis soulagée par battements de carotides et plénitude de la tête.

Face. Pâle, terreuse, contrastant énormément avec la coloration pourprée de la nuque, afflux de sang avec chaleur brûlante et transpiration des paumes. Expression de terreur. Sensation de brûlement et d'écoulement aux lèvres, comme après fièvre. Douleurs aux angles, de la mâchoire inférieure, tellement violente que le sujet s'imagine qu'elle va éclater. Douleur dans la mâchoire inférieure, comme si toutes les dents allaient tomber. Douleur dans le nerf maxillaire droit inférieur.

Appareil digestif. Odontalgie, avec sensation de formication, avec hoquet, comme si les dents allaient tomber et comme si des courants électriques les traversaient ; pulsations aggravées par le contact de l'air. Grande sécheresse de la bouche et des dents.

Aphtes douloureuses de la langue, avec haleine fétide. Langue retournée en arrière et empêchant la parole. Petites taches de nature cancéreuse suspecte à la bouche et à la gorge. Palais comme échaudé.

Mal de gorge, en avalant, en toussant, en parlant, en bâillant, élancement dans l'œil gauche ; constriction douloureuse en le fermant. Sensation comme si de l'eau froide tombait continuellement, par gouttes, sur le fond de la gorge.

Amygdale droite gonflée avec douleur. Constriction douloureuse s'étendant à l'oreille, aggravée par la déglutition. Inflammation progressive du palais. Tuméfaction ex-

terne de la nuque si grande qu'il y a danger de suffocation. Constante sensation de pulsation dans les glandes cervicales et submaxillaires, avec parfois, vives douleurs lancinantes. Amygdalite avec violente fièvre, délire, face rouge et gonflement si intense qu'il y a danger de suffocation.

Inappétence, grande soif ; prostration générale, vomissements après les repas et en sortant du lit ; vif désir pour aliments crus ; dégoût de la nourriture. Goût fade ou sucré à la bouche.

Hoquet avec odontalgie. Nausée avec étourdissement forçant à se coucher. Vomissements acides, muqueux, avec intenses douleurs brûlantes à l'estomac et à l'œsophage. Douleur à l'estomac aggravée en buvant de l'eau. Symptômes digestifs accompagnant des douleurs névralgiques aux côtés de la tête, à la face, aux oreilles, aux dents, aux os malaires.

Hypochondre tuméfié. Douleurs lancinantes dans la rate, avec douleur à l'estomac et à l'utérus. Région hépatique douloureuse au toucher. Douleur vive à la région ombilicale : violent brûlement dans l'abdomen et le rectum. Violent brûlement à l'hypogastre avec grand poids se faisant sentir à la marche et causant prurit vulvaire. Douleurs à l'hypogastre, aux hanches et à l'utérus, comme si ces parties étaient comprimées ; en même temps, invincible assoupissement. Douleur dans les aines, avec sensation de relâchement, comme par rupture.

Selles profuses, noires, fétides avec violent besoin.Constipation ; borborygmes ; selles sanguinolentes. Douleur et brûlement dans l'anus après la garde-robe. Tiraillements répétés dans l'anus. Violent effort pour le passage du bol

fécal. Diarrhée abondante, avec prostration, nausée, vomissement, faiblesse. Sphincter faible.

Appareil respiratoire. Raucité du larynx et de la trachée, avec petite toux sèche et cuisson des paupières. Aphonie avec difficulté de la respiration. Enrouement. Toux pénible, sèche, éclatante, fatigante, avec douleur d'éclatement à la tête, à la poitrine, à l'utérus, tristesse et anxiété ; sensation de bien-être à l'air. Toux suivie de chatouillement au larynx et aux bronches rappelant l'accès. Accès de suffocation, avec cris et agitation.

Grande oppression à la poitrine ; respiration haletante. Sensation comme d'un coup à la base du poumon droit.

Appareil circulatoire. Malaise au cœur, comme si l'on se lavait les mains dans l'eau froide. Anxiété précordiale; battement trémulants du cœur. Tremblement au cœur et à l'aorte, comme s'ils étaient serrés. Sensation comme si le cœur tournait ou qu'il fût tordu. Palpitations, picotements s'interposant entre la respiration. Battements douloureux des carotides, avec plénitude de la tête, spécialement à la région médullaire, soulagées par épistaxis. Tremblement et coups au cœur, comme par frayeur ou par mauvaise nouvelle. Pouls dur, rare, irrégulier.

Appareil urinaire. Douleur aux reins, avec prostration. Cystite, avec violente fièvre, troubles gastriques, douleurs intolérables et impossibilité d'émettre une goutte d'urine. La vessie semble gonflée et dure ; grande sensibilité et spasmes débilitant le sujet, qui n'émet que goutte à goutte une urine rouge-foncé, brune, fétide, avec sédiment sablonneux. Douleur à la région vésicale ; urination fréquente, très pénible ; nervosité extrême du sujet qui ne trouve le repos dans aucune position. Urine chaude, épaisse, très

sédimenteuse. Incontinence d'urine par le rire, la toux. Urine sucrée.

Appareil sexuel. Chez l'homme, excessive excitation, lascivité allant jusqu'à l'intempérance. Masturbation suivie de douleurs prostatiques et d'hypochondrie. Parties génitales douloureuses ; testicules relâchés, douloureux au toucher ; douleur aux aines, et rétrécissement uréthral. Erections. Ejaculations. Lourdeur, douleur et grande tuméfaction du testicule droit et du cordon spermatique. Sensation d'arrachement dans le cordon droit. Pendant l'éjaculation, sensation de chaleur au passage ; le sperme est coloré en rose, et contient un peu de sang. Coït pénible, suivi de fatigue et de toux.

Chez la femme, extrême excitation sexuelle. Règles en avance et profuses. Douleurs spasmodiques à l'utérus : prurit vulvaire ; leucorrhée. Violente nymphomanie augmentée par le coït. Chorée réflexe ; hyperhémie et hyperesthésie des organes sexuels. Evacuations sanguines, alternant avec leucorrhée. Ecoulements utérins avec douleurs à l'aine. Douleurs spasmodiques augmentées par la marche. Expulsion de gaz par l'utérus. Angoisse, malaise dans les organes sexuels ; impossibilité de marcher : sensation d'un corps vivant se mouvant ou remuant dans l'abdomen, avec tendance à remonter à la gorge. Sensation comme si l'utérus n'avait pas assez de place et était repoussé par les intestins. Douleur à l'utérus avec céphalalgie constrictive. Elancements dans le vagin et dans les parties génitales suivies de leucorrhée. Tranchées utérines, ou douleur comme si l'utérus recevait un coup fort. Secousses nerveuses dans l'ovaire gauche. Prurit vulvaire après les règles. Mauvaise humeur, ennui. Sensation d'arrachement d'un fœtus dans l'utérus. Troubles pendant la

grossesse. Gonflement des seins, avec démangeaisons aux mamelons.

Nuque et dos. Nuque raide, ne peut se mouvoir sans douleur. Tache à la nuque avec sensation de piqûres d'aiguilles, quand on la touche. Douleur à la nuque et au dos, suivie de paralysie générale. Gonflement de la colonne vertébrale avec respiration laborieuse. Douleur à l'épaule. Douleur lombaire au-dessus de la hanche. Douleurs aiguës convulsives dans la partie inférieure du rachis, survenant avec les règles et disparaissant avec elles. Douleurs lancinantes, pulsatives, répétées au coccyx.

*Membres.*Rhumatisme comprimé lorsque le sujet plonge les extrémités dans l'eau froide : respiration haletante, anxieuse, crampes et douleurs de torsion au cœur ; le bras semble raide, allongé ; matin et soir, extrémités froides. Faiblesse, engourdissement, pesanteur. Besoin de mouvoir les jambes, d'étendre les mains, avec désir de saisir quelque chose et de le rejeter; de rouler quelque chose entre les doigts; suivi de faibless générale. Crampe dans les articulations et dans les orteils ; le sujet ne peut supporter le plus léger drap de lit.

Pesanteur dans les bras. Douleur pressive dans le bras et la main gauches. Douleur et gonflement des poignets. Agitation des mains. Douleur insupportable dans les pouces. Brûlement et transpiration des paumes.

Malaise dans les mollets, le sujet est forcé de les mouvoir. Raideur dans les jambes qui n'obéissent pas à la volonté; le sujet ne peut pas se tenir d'aplomb. Engourdissement des jambes suivi de paralysie. Tiraillements convulsifs dans le mollet droit. Douleur dans le mollet interne droit. Elancements, à droite, dans le tendon d'Achille, le

gros et le petit orteil. Douleur convulsive à la plante du pied droit. Démangeaisons aux plantes des pieds.

Peau. Taches ecchymotiques, hépatiques, furfuracées. Eruption miliaire. Pustules indolentes. Eruption vésiculeuse semblable aux croûtes de lait. Callosités aux paumes de la main et aux doigts avec tendance à l'ulcération. Douleur intense annuelle aux orteils par plaie réouverte. Formication, picotements, démangeaisons par tout le corps.

Fièvre. Froid et frissons constants pendant quatre jours. Chaleur brûlante par tout le corps, alternant avec froid glacial. Accès de fièvre intermittente, avec froid aux pieds pendant le stade de chaleur.

Froid et fièvre avec convulsions choréiques par tout le corps.

Fièvres toxémiques de nature typhique intermittente. Chaleur brûlante de la peau qui est écarlate. Sueurs débilitantes. Sueurs nocturnes. Sueurs froides.

IV. Thérapeutique

« Toute affection convulsive, dit Nunez, dans laquelle existe le besoin de remuer continuellement et la périodicité dans les souffrances, indique la tarentule ; la crainte d'une mort prochaine, avec vertige et anxiété précordiale achèvent de la caractériser. » Et Guérin-Méneville ajoute: « Les accidents de forme nerveuse et ceux de caractères rhumatismal que produit et que guérit la tarentule sont soulagés par le mouvement, par la sueur et le grand air ; le repos et le lit les aggravent. Ils s'exaspèrent par un temps sec et froid et sont soulagés par l'humidité. Les affections morales cèdent à la musique, à la distraction et à l'air de la campagne.

Coloration rouge ou pourprée de la peau et des tissus, menace apparente de suffocation, mouvements choréiques et agitation, périodicité sont des caractéristiques de ce médicament. La tarentule possède également une action élective sur les organes génito-urinaires masculins et féminins : vessie, utérus, ovaires. Elle provoque une irritation spinale très nette, et une grande excitation tout à fait caractéristique des extrémités nerveuses. Clarke la signale avec raison comme le médicament d'un grand nombre de synalgies, et Ozanam lui accorde des effets sudorifiques tels qu'il a suffi de 4 gouttes de teinture alcoolique à 36° de la tarentule mexicaine, pour provoquer une disphagie extraordinaire. D'après Ozanam, elle agirait sur les lépreux, en modifiant favorablement, sans les guérir cependant, chez eux, les tubérosités tuberculeuses et l'aspect des ulcères. Antidote : *Lachesis*.

V. Clinique

Céphalalgie (sensation d'eau froide ou d'air frais sur la tête).

Hystérie convulsive et *Hystéro-épilepsie* (besoin de remuer continuellement et terreur, crainte de mort prochaine, anxiété précordiale, excitation génésique, périodicité).

Amaurose hystérique. ; Nymphomanie ; Erotomanie.

Chorée (forme grave et forme ordinaire), quand les mouvements sont plus prononcés du côté droit.

Hypochondrie ; Hyperesthésie ; Catalepsie ; Mélancolie;

Convulsions (cloniques rythmées et convulsions toniques).

Paralysie incomplète et passagère (hémiplégie, paraplégie).

Tremblement des membres ; Paralysie agitante ; Ataxie locomotrice.

Vertige à tomber ; vertige en marchant ; vertige la nuit.

Vertige de Menière.

Irritation spinale; Sclérose de la moelle.

Cystite aiguë et *chronique.*

Calculs vésicaux.

Dysménorrhée avec sensibilité des ovaires.

Ovarite ; Névralgie utérine ; Prurit vulvaire ; Rot vaginal.

Fibrome utérin, avec hémorrhagie (Perry).

Anasarque (Perry) ; *Diabète* (Perry).

Anorexie complète, avec soif et répugnance pour boire.

Fièvre intermittente (accès quotidiens, revenant le soir ; soif avec répulsion pour les boissons pendant le froid ; soif inextinguible pendant la chaleur. Alternatives de froid et de chaleur ; chaleur excessive avec céphalalgie ; rougeur de la face et froid des pieds. La concomitance des symptômes hystériques achevèrait de fixer le choix de la tarentule (P. Jousset).

VI. Mode d'emploi et doses

L'Ecole allopathique n'emploie pas ce médicament.

L'Ecole homœopathique prépare une teinture-mère et une trituration avec l'animal entier écrasé vivant.

Les doses les plus usitées sont les 6e, 12e et 30e dilutions; triturations centésimales contre la fièvre intermittente.

Tarentula cubensis

(Tarentule de Cuba).

Bibliographie.

J.-H. Clarke. *A Dictionary of practical Materia medica*, Londres, 1900.
Farrington. *A clinical Materia medica*, Philadelphie, 1887.
R. Kobert. *Beiträge zur Kenntnis der Giftspinnen*, Stuttgart, 1901.
O. v. Linstow. *Die Giftthiere und ihre Wirkung auf der Menschen*, Berlin, 1894.
C. Hering. Pathogénésies.

I. Généralités

Cette araignée mygale habite la Caroline du Sud et le Texas ; elle est moins venimeuse que la tarentule d'Espagne.

II. Pathogénésie

Symptômes généraux. Toxémie.

Moral. Anxiété ; délire.

Tête. Céphalalgie.

Organes digestifs. Diarrhée.

Organes urinaires. Rétention d'urine.

Peau. La morsure n'est pas douloureuse ; le sujet ne la ressent que le lendemain, lorsqu'il s'est formé une vésicule enflammée entourée d'une aréole écarlate. De la vésicule à quelque autre partie du corps, on perçoit une ligne rouge érysipélateuse, marquant le trajet poursuivi par l'araignée sur la peau, après la morsure. Cette vésicule gonfle, l'aréole rouge s'étend ; frisson et fièvre s'installent avec abondante transpiration et rétention d'urine. La vésicule

se convertit en un gros abcès dur, excessivement douloureux, se terminant par la mortification des téguments, avec quelques petites ouvertures, éliminant une matière épaisse, souvent sanieuse, qui contient des parcelles de tissu cellulaire, d'aponévrose et de tendon. Les ouverture se rejoignent et forment une vaste cavité.

A ce moment, la fièvre prend un type intermittent, avec exacerbation vespérale. Dans deux cas, chez des enfants chétifs, la terminaison de la morsure fut fatale ; en général, cependant, la santé revient complète après trois à six semaines.

Fièvre. Frisson suivi de fièvre brûlante, survenant le second ou le troisième jour, avec grande soif, anxiété, agitation, céphalalgie, délire, transpiration copieuse et rétention d'urine. Finalement, la fièvre prend le type intermittent, avec accès vespéraux accompagnés de diarrhée et grande prostration.

III. Thérapeutique

Le venin de la tarentule de Cuba présente, dans ses effets, un tableau complet de l'anthrax, y compris la mortification. Le médicament peut, dans ce cas, être administré avec succès, surtout lorsqu'il existe un grand épuisement avec diarrhée, accompagné de fièvre intermittente, à exacerbation vespérale et des douleurs intolérables. Ces douleurs, que le médicament calme d'une façon presque magique, constituent un symptôme pathognomonique.

IV. Clinique

Anthrax.
Fièvre intermittente.

Chorée (mouvements choréiques limités au côté gauche et survenant principalement la nuit).

V. Mode d'emploi et doses

Comme pour *Tarentula lycosa*.

Dr G. Sieffert.

HYGIENE THERAPEUTIQUE

Le régime décalcifiant dans l'athérome artériel.

Le régime classique pour prévenir l'athérome et l'artério-sclérose, pour les combattre à leur début et pour en atténuer les conséquences est le régime lacto-végétarien, consistant en une alimentation composée principalement de lait, d'œufs, de légumes, de fruits et d'une quantité minime de viande, très fraîche et très bien cuite. Les recherches de MM. Lœper et Gouraud (1), ne sont pas favorables à cette manière de voir et arriveraient à un régime tout opposé.

Il existe un grand nombre de produits toxiques, alimentaires ou autres, tels que le tabac, l'ergotine, le piment rouge, l'acide oxalique, les champignons vénéneux, etc., qui sont susceptibles d'impressionner notre système vasculaire et d'amener l'athérome artériel (2) ; une substance,

(1) *Presse médicale*, 4 nov. 1908.
(2) Lœper. — Poisons alimentaires et athérome. *IXe Congrès de médecine*. Paris, sept. 1907 et *arch. des maladies, du cœur, des vaisseaux et du sang*, 1er janv. 1908.

paraissant inoffensive et qui joue un rôle dans l'édification de nos tissus et dans le maintien de leur tonicité, la chaux a une action prédominante dans la production de l'athérome (1).

Les recherches de MM. Lœper et Gouraud semblent confirmer cette hypothèse et montrent que l'élévation du coefficient calcique peut être, comme l'augmentation du chlorure de sodium dans l'œdème et l'hydrémie, une cause non de la lésion artérielle, mais de la précipitation calcaire dont elle peut être le siège.

Voici comment continuent les auteurs :

Il est indéniable que le tissu artériel a pour la chaux une appétence spéciale. Elle y atteint des chiffres considérables (1,20 chez le lapin, 1,40 chez la vache, 0,40 chez l'homme) (2), que seuls dépassent les os et les cartilages. Bien plus, l'accumulation de sels calcaires dans les vaisseaux est évidente chez les animaux qui se nourrissent normalement d'aliments riches en chaux, chez ceux auxquels on administre un excès de substances calcaires (3), chez ceux enfin dont l'âge a augmenté progressivement le coefficient calcique des tissus. Nous avons cru voir dans cette accumulation la raison de la calcification si aisée des artères du lapin et de la vache, et de celle rela-

(1) M. Lœper et Boveri. — La chaux et les artères. *Soc. des biologies* et *Presse médicale*, mai 1907.

(2) Dans un travail récent (Congrès des médecins de Vienne). Ségil, confirmant ainsi nos recherches, a trouvé entre 30 et 44 pour 1000 de chaux dans les cendres du tissu artériel.

(3) Loeper et Boveri, *loc. cit.* — Dans un travail récent, MM. Etienne et Parisot ont d'ailleurs confirmé nos résultats. *Arch. de Méd. expérimentale*, n° 4, juillet 1908, p. 423.

tivement facile des vaisseaux chez les animaux et sujets avancés en âge (1).

Nos expériences récentes nous ont, en outre, fait voir que, parmi les substances qui provoquent si fréquemment l'athérôme (adrénaline, ergotine, acide oxalique), un certain nombre détermine avant toute lésion de calcification perceptible à l'œil nu ou même au microscope, une augmentation de la chaux du tissu cardiovasculaire.

Avec l'adrénaline, dès la deuxième injection nous avons trouvé 1,31 pour 1000 au lieu de 1,15 chez le témoin ; avec l'ergotine, l'écart est encore appréciable et dépasse 10 centigrammes.

Cette rétention calcique semble encore attestée par la diminution de l'élimination fécale et urinaire de la chaux, et nous n'en voulons pour preuve chez l'homme que la diminution des phosphates terreux (0,23 et 0,13 au lieu de 0,59 et 0,49), à la suite de l'injection de 1 milligramme d'adrénaline, ou de la chaux totale (0,035 au lieu de 0,070) après ingestion d'ergotine à assez forte dose (2 gr.).

En somme, dans le tissu artériel déjà fortement imprégné de chaux à l'état normal, l'action nocive de certaines substances irritantes se traduit au début par une élévation assez notable du coefficient calcique, à laquelle fera plus ou moins rapidement suite la précipitation de cette chaux sous une forme chimique nouvelle de sels dorénavant insolubles.

(1) Les artères du chien donnent 0,27 pour 1000, elles ne se calcifient presque jamais ; celles de la vache donnent 1,37, du lapin, 1,20, elles se calcifient très facilement. L'homme jeune donne 0,40, l'homme âgé 0,70 en dehors de toute calcification apparente et, quoi que l'on puisse dire, l'athérome est plus fréquent après quarante ans. Il est remarquable de voir que l'aptitude à la calcification croît avec l'élévation du coefficient calcique.

L'hypothèse, un peu simpliste en apparence, que nous avions émise du rôle joué par la chaux dans la production des lésions athéromateuses trouverait déjà dans ces constatations une base assez solide. Une preuve plus absolue de son exactitude nous semble apportée par les deux séries d'expériences suivantes : si l'on donne à des animaux, comme nous l'avons fait avec Boveri, quotidiennement une certaine quantité de sels de chaux, on obtient avec des doses de poisons artériels minimes des lésions extrêmement étendues de calcification, et si, d'autre part, comme nous avons pu le démontrer dans de plus récentes expériences, on soumet des lapins à un régime peu calcique de carottes et de son, on peut obtenir des lésions artérielles, mais on réalise l'athérôme bien plus difficilement que chez les témoins, nourris de choux, de pelures et d'herbages.

Nous croyons donc indispensable, dans l'institution du régime alimentaire des candidats à l'athérôme et des athéromateux de limiter l'obsorption de la chaux au strict nécessaire et d'éviter toujours la surcharge calcaire.

A toutes les étapes de la vie, l'homme a besoin de chaux; mais, au fur et à mesure qu'il avance en âge, la ration d'entretien indispensable s'abaisse notablement. La porportion qu'un adulte absorbe quotidiennement devrait être de 1,10, son élimination intestinale et urinaire atteignant 90 centigrammes. L'élimination doit rester proportionnelle à l'absorption, et il est évident que, chez les athéromateux, chez les rénaux, les cardiaques et même chez le vieillard simplement atteint d'un ralentissement fonctionnel général, l'élimination est moins aisée et la rétention plus facile.

Au point de vue de leur teneur en chaux, les tables d'At-

water, de Balland, d'Armand Gautier, nous permettent de classer les aliments en trois catégories :

1° Les aliments *très* riches en chaux dont le coefficient dépasse 2 pour 1.000, qui sont, en premier lieu : le lait de vache, le fromage, les œufs, les oignons, les fèves, les choux verts, les pois d'Alsace et les fraises ;

2° Les aliments *moyennement* riches en chaux, dont le coefficient est entre 1 et 2 : le lait de jument, les pois ordinaires, les lentilles, les haricots, les choux-fleurs ;

3° Les aliments pauvres en chaux dont le coefficient est inférieur à 1 pour 1.000, et qui sont : le pain, la viande, la cervelle, la plupart des poissons, les pommes de terre, les pois de Hollande, les asperges, les pommes les poires, les prunes, les cerises, etc.

Parmi les boissons, la teneur en chaux dépasse rarement 30 centigrammes par litre de vin, de poiré ou de bière;elle atteint 20 centigrammes dans l'eau de la Vanne, 50 centigrammes et plus dans certaines eaux gazeuses, Saint-Galmier et Pougues.

Certes, la richesse en chaux de tel ou tel aliment ou de telle ou telle boisson ne suffit pas à les faire interdire, car il est indispensable de tenir compte, non seulement du pourcentage réel, mais de la proportion dans laquelle cet aliment ou cette boisson sont habituellement consommés. Le tableau suivant pourra, dans la pratique courante, donner à ce sujet des indications suffisamment précises :

4 à 800 grammes de pain donnent 45 à 70 centigrammes de chaux.

150 à 200 grammes de viande donnent 19 centigrammes de chaux.

3 œufs donnent 10 à 15 centigrammes de chaux.

200 grammes de lait donnent 40 centigrammes de chaux.
de chaux.

160 grammes de légumes secs donnent 5 centigrammes

200 grammes de légumes verts ou d'épinards, 20 centigrammes de chaux.

500 grammes de pommes de terre, 8 à 10 centigrammes de chaux.

15 grammes de fromage, 8 centigrammes de chaux.

90 grammes de fruits, 2 centigrammes de chaux.

150 grammes de bouillon ou potage, 20 à 40 centigrammes de chaux.

Un simple coup d'œil jeté sur ce tableau montre que les grandes quantités de lait, de pain, de bouillon, de légumes verts doivent être interdites à ces malades. Rumpf et Carell et Senator avaient, assez timidement d'ailleurs, déjà frappé quelques-unes de ces substances de cette interdiction.

Sans doute, dans l'institution de ce régime alimentaire doit-on tenir compte à la fois du degré d'absorption, d'assimilation de la chaux contenue dans les aliments, et de la facilité avec laquelle elle s'élimine ou s'accumule. Ces divers facteurs tiennent à la nature même des combinaisons calciques : les bicarbonates et les lactates de chaux s'éliminent et s'assimilent mieux que les sulfates et les phosphates ; leur association à certaines substances organiques augmente à la fois leur absorption et leur assimilation (Motchanenko) ; enfin leur administration sous forme de solutions diluées avec de grandes quantités d'eau leur permet de traverser plus facilement la muqueuse de l'intestin et aussi la glande rénale. Cette importante question appelle de nouvelles expériences.

Si l'on doit s'efforcer d'instituer chez les athéromateux

un régime *acalcaire*, on doit également favoriser l'élimination de cette chaux par les urines, par l'intestin et même par la peau. D'après nos dosages, l'homme normal rend quotidiennement par les *urines* de 16 à 20 centigrammes de chaux ; ce chiffre s'abaisse avec un régime acalcaire (0,12), s'élève notablement par le régime lacté (0,40 à 0,61); il s'abaisse également dans presque toutes les maladies aiguës, à l'exception de la tuberculose, dans les néphrites et les cardiopathies (jusqu'à 0,03). Bien que le rein soit, même à l'état normal, peu perméable à la chaux, un certain nombre de médicaments sont susceptibles d'en faciliter l'élimination : la digitale, la théobromine, le café donnent des éliminations de 30 et 35 centigrammes ; les très faibles doses d'ergotine, les petites doses d'iode et d'iodure donnent jusqu'à 61 et même 81 centigrammes ; enfin l'absorption de grandes quantités d'eau et de certaines tisanes diurétiques accélère notablement l'élimination médicamenteuse.

L'*intestin* est la grande voie d'excrétion de la chaux de notre organisme ; à l'état normal, quotidiennement, les matières renferment 40 à 60 centigrammes de chaux. Il est intéressant de voir combien les purgatifs augmentent cette excrétion : en tenant compte de la quantité d'eau rendue, la teneur en chaux des matières avec 30 grammes de sulfate de soude dépasse 90 centigrammes ; avec les purgatifs drastiques, en particulier l'aloès, on obtient entre 80 centigrammes et 1 gramme ; il est donc indiqué, chez les malades atteints de surcharge calcique, de recourir à la médication purgative.

Nous dirons peu de chose de l'élimination *cutanée*, bien que les squames renferment toujours une proportion de chaux très élevée ; nous ferons pourtant remarquer que

l'administration d'iodure à l'animal augmente la proportion de chaux contenue dans la peau de 0,87 à 3,28 pour 1.000.

Un dernier moyen thérapeutique d'apparence fort simpliste, et qui serait pourtant, en regard des médications préventives indiquées plus haut, un moyen vraiment curatif, s'il n'était d'application délicate et même dangereuse, consiste dans l'administration de produits capables d'entraîner la chaux accumulée dans les tissus ou de solubiliser la chaux précipitée des foyers athéromateux.

Nous avons voulu nous rendre compte de l'action des limonades acides, des iodures et du bicarbonate de soude; nous n'hésitons pas, contrairement à l'opinion de Ferrier, à prohiber les acides, même à petite dose, et surtout longtemps prolongée ; il est douteux qu'ils puissent dissoudre les foyers calcifiés ; bien plus, ils entraînent une dissolution de la chaux fixe contenue dans les os et les cartilages, et, par suite, l'encombrement des tissus mous par les sels calcaires solubilisés.

Nous avons, en effet, au cours de nos recherches, trouvé deux fois plus de chaux qu'à l'état normal dans les muscles de nos animaux. La thérapeutique par les acides constitue certainement un danger, car elle aboutit à un résultat diamétralement opposé à celui que l'on voulait atteindre.

Il est, d'ailleurs, remarquable de voir que ces mêmes acides lactique et citrique, qui augmentent le coefficient calcique des tissus mous (1 gr. 40 pour 1.000 dans les muscles au lieu de 0,52), facilitent la production de l'athérome chez l'animal d'expérience et peuvent même le provoquer directement.

On a beaucoup discuté sur l'influence anti-athéromateu-

se de l'iode et des iodures. Koranyi, Boveri, semblent l'admettre. Thévenot, Ball, Hedinger, Kalambarov la nient de la façon la plus formelle. Nous avons recherché si ces médicaments exerçaient, tout au moins, cette action décalcifiante qui pourrait être une des raisons de leur efficacité.

Nous avons pris deux lots de 8 cobayes. Dans chaque lot, 4 recevaient quotidiennement 5, 10 et 20 centigrammes d'iodure de potassium ; les 4 autres restaient comme témoins. Après trois semaines, tous étaient sacrifiés, et leurs organes calcinés et traités par la méthode classique (1). Voici les résultats :

A) *Iodure* 0 *gr.* 10 *et* 0,20.		*Témoins.*
Os	122 0/00	163 0/00
Muscles	2,9 0/00	0,52

B) *Iodure* 0, *gr.* 05.		*Témoins.*
Os	154,42	154,25
Muscles	1,36	0,52
Peau	3,28	0,87

Les iodures augmentent donc presque toujours le coefficient calcique des tissus mous et, par conséquent, des vaisseaux ; à forte dose, ils sont même capables de s'attaquer à la chaux fixe des os et, sans doute, de la mobiliser là où elle n'a que faire.

Ce sont donc sans conteste des médicaments décalcifiants, mais, comme les acides, leur action décalcifiante n'est nullement élective, et aboutit encore à une véritable surcharge calcaire des tissus mous.

(1) La plupart de ces dosages ont été faits ou vérifiés par M. Gaillard, chef du Laboratoire de chimie du professeur Lannelongue.

Nous ne croyons pas que le bicarbonate de soude soit passible des mêmes objections : à la dose de 10 à 15 centigrammes par jour chez l'animal, il semble provoquer une diminution notable de la chaux contenue dans le tissu cardio-vasculaire (0,90 au lieu de 1,10 chez le lapin), alors que la richesse des os en chaux ne subit aucune variation.

Dans le régime et le traitement des candidats à l'athérome et des athéromateux, il est donc important, au point de vue de leur action décalcifiante, de distinguer les médications préventives et les médications véritablement curatives. La médication préventive consiste dans l'établissement d'un régime autant que possible dépourvu de sels calcaires et d'une thérapeutique qui facilite l'élimination, surtout urinaire et intestinale, de la *chaux mobile* des tissus. La médication curative, infiniment moins efficace et quelquefois dangereuse, ne consistera jamais dans l'administration des acides et des iodures à forte dose, parce que ces substances mobilisent et transportent dans les tissus mous, dont elles augmentent le coefficient calcaire, la chaux fixe des os et des cartilages. Mieux vaut s'adresser au bicarbonate de soude, que nos expériences nous ont montré capable d'entraîner la chaux des tissus mous, sans s'attaquer à la chaux fixe contenue dans les tissus osseux et cartilagineux.

Nous avons reproduit les détails très intéressants contenus dans cet article, mais nous croyons que l'expérience clinique seule devra avoir le dernier mot dans cette question et nous continuerons au moins pour le moment à prescrire un régime lacto-végétarien chez nos athéromateux.

Nous retiendrons l'opinion de MM. Lœper et Gouraud sur la nécessité d'employer l'iodure à petites doses ; nous avons l'habitude de donner ce médicament à la dose maximum de 0,10 à 0,20 par jour pendant vingt jours, repos dix jours, recommencer vingt jours.

Nous employons aussi l'adrénaline et le tabac, qui, d'après les expériences, contribuent à produire l'athérome chez ces animaux, mais nous donnons ordinairement ces médicaments à la 6e dilution, rarement à la 3e et nous avons trouvé qu'ils produisaient des résultats favorables. Chez plusieurs de nos malades, nous avons vu la tension artérielle baisser assez rapidement sous l'influence de ces médicaments, plus particulièrement de l'adrénaline. Les autres symptômes, oppression, douleur précordiale, s'amélioraient aussi.

Dr Marc Jousset.

PATHOLOGIE

De la localisation de la tuberculose suivant les ages.

Sous ce titre un peu long « Adénopathies tuberculeuses du médiastin, leur rôle dans l'évolution de la tuberculose chez l'enfant », M. Hutinel a reproduit les idées communiquées au Congrès de 1905 en collaboration avec M. Lereboullet. Dans ce premier travail, le titre exprimait beaucoup plus exactement la pensée des auteurs ; il était court, clair : « Les étapes de la tuberculose dans l'enfance », indiquait bien le sujet que se proposaient de traiter nos auteurs.

Ce sujet n'avait rien de nouveau. Il y a longtemps que l'on sait et que l'on enseigne que la tuberculose de l'homme affecte suivant les âges, des sièges différents.

Dans l'enfance et jusqu'à l'âge de 7 ans, la tuberculose se localise principalement à la peau, et dans les ganglions lymphatiques. Dans une seconde période, quand l'enfant est déjà plus âgé, apparaissent des affections osseuses et articulaires, mal de Pott, carie, tumeur blanche, etc.

Et ce n'est guère qu'à la puberté et après la puberté que prédominent les affections viscérales et, en particulier, la phtisie pulmonaire. Cependant, la tuberculose des méninges, qui est une affection viscérale est fréquente dès la seconde enfance.

Telle est la marche suivie habituellement par la tuberculose dans les différents âges. Et cette question de clinique n'est plus aujourd'hui à discuter. Aussi nous n'y serions pas revenus si dans le travail de M. Hutinel nous n'avions constaté une adhésion formelle à la doctrine de la contagion tuberculeuse et des efforts réitérés pour appuyer cette doctrine sur le siège qu'occupent les affections tuberculeuses dans les différents âges.

D'après M. Hutinel, l'infection des ganglions trachéo-bronchiques aurait deux sources : la source pulmonaire et la source intestinale:

Dans la tuberculose par ingestion, le bacille de Koch traverse la muqueuse intestinale, pénètre les ganglions mésentériques et de là, par les voies lymphatiques, gagne les ganglions du médiastin.

Par la voie pulmonaire, on constaterait toujours d'après Parrot, un foyer tuberculeux dans le poumon, siégeant habituellement dans le lobe inférieur ou le lobe moyen, et les ganglions lymphatiques deviendraient malades comme

tous les ganglions qui sont en rapport avec un point infecté.

Voilà l'histoire, ou plutôt le roman de l'infection des ganglions du médiastin par la voie pulmonaire et la voie intestinale. Je dis *roman*, car nous savons tous que, surtout chez l'enfant, le ganglion mésentérique constitue un obstacle puissant au passage des microbes venus de l'intestin et que ces microbes restent dans le ganglion et s'y développent. Quant à la pénétration du bacille de Koch par le poumon et les voies respiratoires, je me bornerai à rappeler que les expériences les mieux conduites ont démontré l'impossibilité de cette pénétration par les voies respiratoires.

Que reste-t-il de tout cela ? C'est le fait clinique que nous avons cité plus haut, c'est le siège différent des affections tuberculeuses suivant l'âge. L'explication des localisations différentes des affections qui caractérisent les maladies constitutionnelles ont leur raison d'être dans la doctrine étiologique que nous avons souvent exposée. Les causes externes les plus puissantes (les microbes pathogènes eux-mêmes), sont toujours soumises dans leurs modes de manifestation à la *prédisposition définie*. Si une espèce animale n'est pas prédisposée à une maladie déterminée, c'est en vain que vous lui inoculerez les bacilles pathogènes de cette maladie. Et jamais vous ne développerez la morve chez un bovidé pas plus que le tétanos chez un gallinacé.

Quand une espèce animale est prédisposée à contracter une maladie déterminée, il existe toujours dans cette espèce des individus doués de l'immunité naturelle ou acquise et ces individus résistent absolument au microbe pa-

thogène dont l'action est certaine chez les individus non immunisés.

J'ajoute que dans une espèce animale tous les individus prédisposés à contracter une maladie déterminée, la contractent chacun à leur manière, c'est-à-dire que les uns ont une forme grave, d'autres une forme commune, et d'autres une forme bénigne.

De ce qui précède, il résulte que c'est l'organisme qui accepte ou n'accepte pas la cause morbide, et qui, l'acceptant, la gouverne à sa manière.

La prédisposition définie qui est le grand régulateur dans le jeu des causes morbides varie avec les âges et c'est là la raison qui nous fait comprendre comment une même maladie affecte des formes et un siège différent suivant l'âge du sujet qu'elle atteint. La tuberculose qui se développe chez un adulte, se localisera presque toujours sur le sommet d'un des poumons. Si cette maladie frappe un enfant elle atteindra le système ganglionnaire ou la peau, et présentera des localisations qui varieront non pas avec la porte d'entrée quand il y en a une, mais avec l'âge du malade. C'est pour cela que les inoculations accidentelles qui surviennent chez les adultes se localisent toujours au sommet du poumon.

Les expériences de Calmette confirment, du reste, absolument cette loi, puisque chez les chevreaux, la tuberculose d'ingestion a toujours été mésentérique, tandis que chez la chèvre adulte cette même tuberculose provoquée par ingestion se manifesta par des lésions viscérales.

Dr P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIETES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Sur le traitement médical des affections pelviennes. — (M. Richelot, *Séance du* 17 *novembre*.)

La communication de M. Richelot s'est résumée à reproduire les différents modes d'application de *l'eau chaude* dans le traitement des affections de l'utérus et de ses annexes.

Ces applications comprennent des injections, des douches générales, des douches périgastriques, et enfin des lavements que M. Guéniot lui a reproché de n'avoir pas tenu en assez grand honneur.

Pour que l'eau chaude produise une action curative sur les affections utérines, il faut l'employer en ordonnant aux moyens d'application toute l'extension possible. Pour les injections, M. Richelot voudrait bien qu'on puisse appliquer la méthode employée à Luxeuil. Mais, comme dans la pratique privée, il n'est guère possible de prendre des injections de 100 litres, il ordonne des injections de 10 litres, pratiquées la femme étant couchée sur le dos, matin et soir, avec une sonde à *double courant* et de l'eau approchant le plus possible de 50°.

Les douches sont données suivant la technique ordinaire, mais avec de l'eau chaude.

M. Richelot aurait obtenu des succès nombreux avec cette méthode bien simple, et rapporte un certain nombre d'observations à l'appui.

LES CURES SOLAIRES DIRECTES DANS LES STATIONS D'ALTITUDE.
(MM. HALLOPEAU et ROLLIN, *Séance du 24 novembre.*)

Il est incontestable, d'après l'exposé qu'ont fait à l'Académie, MM. Hallopeau et Rollin, que l'action de la lumière solaire joue un rôle considérable dans les cures d'altitude. Non seulement l'état général est fort heureusement modifié par le traitement à la lumière solaire appliqué à l'ensemble des téguments, mais les affections locales ellesmêmes sont également modifiées par l'application méthodique de cette lumière.

Les statistiques sur lesquelles s'appuie ce travail démontrent l'amélioration et même la guérison, dans la plupart des cas, des malades atteints de tuberculoses externes. Il n'y a guère que les cas compliqués de suppuration et de fistules qui ne retirent pas de bénéfice de la cure solaire. Il est juste de dire que toutes ces affections auxquelles il faut joindre les péritonites chroniques sont très généralement curables, et ne peuvent être comparées au point de vue thérapeutique avec les localisations pulmonaires, laryngées et cérébrales.

Nous devons cependant remarquer que l'auteur rapporte quatre cas de phtisie laryngée qui furent très heureusement modifiés par la cure solaire.

Les auteurs de cette communication font remarquer très justement que ce n'est guère que dans les altitudes que la lumière solaire peut développer toute son énergie thérapeutique, et qu'il est probable que ce traitement institué dans la plaine n'aurait pas la même efficacité.

Remarquons en terminant que la lumière solaire chez les malades dont nous venons de parler agit principale-

ment sur l'état général, et met l'organisme en état de lutter victorieusement contre le bacille de Koch.

De l'action du cinnamate de soude dans la tuberculose pulmonaire et les tuberculoses externes. — (M. P. Reynier, *Séance du 1er décembre.*)

Le cinnamate de soude est un sel résultant de la combinaison de l'acide cinnamique avec la soude. Et l'acide cinnamique est un acide organique extrait du baume du Pérou provenant lui-même du myroxylon peruiferum (légumineuses).

Vers la fin du siècle dernier, Landherer, chirurgien de Stuttgart, semble être le premier qui ait préconisé l'acide cinnamique et ses sels dans le traitement de la tuberculose. Sanchez Herrero et les médecins espagnols ont aussi préconisé ce moyen. Enfin, le Dr Blusson, inspiré par son maître Reynier, en a fait le sujet de sa thèse et a réuni un assez grand nombre d'observations.

Le cinnamate de soude améliorerait la phtisie même dans ses formes fébriles. Et M. Reynier a réuni 21 observations avec 19 succès.

Le cinnamate de soude a été administré en injections intra-veineuses mais surtout en injections intra-musculaires ou sous-cutanées, à la dose habituelle de 10 centigrammes contenus dans 10 centimètres cubes de sérum, une injection tous les deux jours. M. Reynier l'a aussi administré aux mêmes doses par la voie rectale.

Ainsi, voici un nouveau moyen avec lequel on peut guérir 19 phtisiques sur 21, ce qui, je le crains bien, n'empêchera pas les poitrinaires de mourir comme à l'ordinaire.

Dr P. Jousset.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

I

LE RADIUM DANS LE TRAITEMENT DES ÉPITHÉLIOMES DE LA PEAU ET DES MUQUEUSES.

(*Séance du 6 novembre*). — MM. DE BEURMANN, L. WICKAM et DEGRAIS font une communication sur le traitement des épithéliomes par le radium et montrent un certain nombre de malades s'étant bien trouvés de ce traitement.

II

LE SÉRO-DIAGNOSTIC DES FORMES ATYPIQUES DE LA LÈPRE.

MM. GAUCHER et ABRAMI se sont livrés à des recherches sur le bacille de Hansen, pour essayer d'arriver au séro-diagnostic des formes atypiques de la lèpre.

D'abord, en délayant soigneusement, dans quelques centimètres cubes d'eau chlorurée à 8 p. 1000, le centre caséeux de leprômes ramollis, prélevés aseptiquement chez un lépreux, ils ont obtenu une émulsion très riche en bacilles de Hansen. Une goutte de cette émulsion, examinée au microscope, montre la présence, à côté d'amas bactériens, d'un grand nombre de bacilles isolés. Le sérum de huit malades atteints de lèpre à forme maculeuse et tuberculeuse indéniable a déterminé très rapidement l'agglutination des bacilles contenus dans cette émulsion ; cette réaction s'est effectuée dans tous les cas à un taux élevé : 1

pour 100 dans un cas ; 1 p. 300 dans 3 cas ; 1 p. 400 dans 4 cas. Par contre, le sérum de 16 sujets atteints d'affections diverses n'a fourni aucune agglutination ; avec un pneumonique et un tuberculeux, néanmoins, la réaction s'est effectuée à 1 p. 30.

Le sérum de quatre malades atteints de syringomyélies typiques n'avait pas d'action agglutinante ; un malade du service de M. Gaucher, atteint de lèpre tropho-névrotique a eu une réaction positive à 1 p. 300.

Pour contrôle, MM. Gaucher et Abrami ont recherché si le sérum des lépreux exerçait une action agglutinante sur d'autres bactéries; la réaction s'est montrée négative avec le bacille typhique, le pneumobacille de Friedlander et du bactérium coli.

Les auteurs ont alors recherché la *réaction de fixation:* voici la technique qu'ils ont employée :

Après avoir prélevé, avec toutes les précautions d'asepsie habituelles, un léprôme sous-cutané, chez un malade atteint de lèpre tuberculeuse authentique, nous avons débarrassé ce léprôme des tissus, en apparence sains, qui y adhéraient. Le nodule a alors été haché très finement, puis desséché, dans le vide, pendant seize heures. Au bout de ce temps, les tissus morbides forment une sorte de pâte brunâtre, d'aspect gras, mais complètement sèche, et qui peut être c nservée, dans un tube scellé, à la glacière. C'est avec cette pâte que nous avons effectué l'émulsion qui a servi à la recherche de la réaction de fixation. A cet effet, nous l'avons additionné d'eau chlorurée à 8 p. 1.000 stérilisée dans la proportion de 1 gramme d'extrait pour 10 grammes d'eau salée. Le tube renfermant le mélange est fortement agité, puis déposé pendant deux jours à la glacière, dans un vase contenant de la glace, afin d'éviter

la contamination de l'émulsion. Au bout de ce temps, le liquide est devenu trouble, d'un blanc laiteux ; il est surmonté d'une bague graisseuse, qu'il faut décanter et rejeter ; au fond du tube, les fragments du léprôme broyé sont déposés. C'est avec le liquide qui surmonte ces fragments que nous avons effectué la série de nos recherches. Une goutte de ce liquide, examinée au microscope, montre la présence de nombreux bacilles de Hansen ; des débris de cellules bourrées de ces bactéries ; des restes cellulaires très nombreux. Il s'agit donc d'un antigène de composition mixte, contenant à la fois une grande quantité de bacilles spécifiques et les produits des tissus qu'ils infiltraient.

La recherche de la réaction de fixation, effectuée avec l'antigène ainsi préparé, et après un contact de quatre heures à 37° entre cet antigène et les sérums éprouvés, nous a fourni des résultats d'une précision remarquable.

Chez les huit malades atteints de lèpre tuberculeuse que nous avons examinés, la réaction, recherchée à maintes reprises s'est constamment montrée positive, et avec une très grande intensité.

Au contraire, avec le sérum de 13 sujets atteints d'affections aiguës diverses, de 16 syphilitiques, de 2 cancéreux, de 3 lupiques, de 7 tuberculeux pulmonaires, la réaction s'est constamment montrée négative ; 3 tuberculeux ont fourni une fixation légère.

Appliquée à la différenciation des états syringomyéliques et des formes nerveuses de lèpre, cette méthode de diagnostic nous a donné les résultats suivants : chez 8 malades atteints de syringomyélie typique, dont le sérum nous a été obligeamment fourni par M. P. Marie et par M. Claude, la réaction de fixation a été entièrement négative : il en a été de même chez un sujet présentant le ta-

beau de la maladie de Morvan. Au contraire, chez notre malade atteint de lèpre trophonévrotique, la réaction recherchée à maintes reprises s'est toujours montrée positive, avec une grande intensité. Le sérum d'un autre malade, atteint de panaris analgésique du type Morvan, a fourni lui aussi une réaction de fixation fortement positive. Chez l'un et l'autre malade, la nature lépreuse de l'affection était impossible à affirmer par la clinique.

Des recherches complémentaires ont montré ensuite que le sérum de ces lépreux était doué d'un pouvoir anticomplémentaire très énergique en présence l'antigènes très différents ; en mettant le sérum de ces lépreux en contact avec des émulsions de bacille typhique, de pneumo-bacille de Friedlander, de staphylocoque dosé, etc., les auteurs ont obtenu une réaction de fixation très intense.

III

Pemphigus hystérique simulé.

(*Séance du* 13 *novembre*). — M. Danlos vient d'observer un cas de pemphigus hystérique simulé, ce qui doit être la règle dans presque tous les cas.

Il s'agit d'une jeune fille de 16 ans, ayant de nombreux stigmates, qui eut une première éruption de bulles il y a deux mois, après une vive contrariété ; il y a une quinzaine, nouvelle poussée, sans cause, pour laquelle elle entre à l'hôpital. Au moment de l'entrée, le pemphigus était en pleine période d'état ; une douzaine de bulles, irrégulièrement rondes, parsemaient le corps et les membres. Autour de deux ou trois de ces bulles, on remarquait de petites traînées noirâtres d'une substance grasse au toucher.

M. Danlos la recueillit et l'examina au microscope après traitement à l'éther et au xylos et montage dans la glycérine; il reconnut des débris de cantharides parfaitement nets; pour contrôle, il examina de la même manière un peu d'emplâtre-vésicatoire et obtint une image identique.

IV

Des variations de poids dans la fièvre typhoïde; influence de la rétention de l'eau pendant la fièvre.

MM. Garnier et Sabaréanu ont déjà étudié, par la méthode des pesées journalières, la courbe du poids dans la scarlatine, la pneumonie et la variole ; ils ont démontré que dans ces maladies la courbe du poids passe par quatre phases successives : dans une première, qui correspond à la période fébrile, le poids se maintient à un niveau constant ou subit une augmentation qui peut atteindre et même dépasser 1 kilogramme ; la deuxième est marquée par un abaissement rapide et souvent considérable de poids coïncidant avec la chute de la température ; pendant la troisième, qui répond au début de la convalescence, la ligne du tracé reste horizontale; enfin la quatrième et dernière période est formée par l'augmentation du poids au moment de la reprise de l'alimentation.

Il en est de même dans la fièvre typhoïde : pendant la période d'état, le poids reste à niveau à peu près stationnaire, il diminue progressivement et de la même manière que la température descend pendant la période de décroissance, puis reste stationnaire pendant quelques jours, pour remonter ensuite à la période d'alimentation ; s'il survient une rechute pendant que la courbe de poids remonte, celui-ci redevient stationnaire pendant la fièvre, pour tomber

pendant la descente fébrile, rester quelques jours stationnaire et remonter définitivement.

Dans les formes graves, terminées par la mort, les auteurs ont vu pendant la période fébrile, où le poids est ordinairement stationnaire, une chute du poids se produire assez brusquement ; il faut considérer cette perte de poids comme un signe pronostique grave.

Les auteurs attribuent ces variations dans le poids pendant les premières périodes des maladies à la rétention et à l'élimination de l'eau et du chlorure de sodium.

Pendant la période d'état où le malade conserve ou augmente légèrement son poids, il boit beaucoup et urine peu ; lorsque la fièvre diminue, la quantité des boissons augmente un peu, mais les urines, les sueurs augmentent beaucoup et le malade perd beaucoup plus qu'il ne prend.

Pour les chlorures, pendant la période fébrile, l'élimination urinaire n'est que de 1 à 2 grammes, elle atteint 14 à 15 grammes au moment de la descente de la température.

V

Traitement du mycosis fongoïde par la radiothérapie.

(*Séance du* 20 *novembre*). — M. Brocq parle succinctement de six cas de mycosis fongoïde en traitement dans son service par les rayons X. Voici les résultats; trois sont en très bon état; un, atteint de la forme la plus grave de la maladie, voit son mal combattu jusqu'ici avec un certain succès ; deux commencent seulement leur traitement.

VI

Traitement des hémorrhagies par la gélatine.

M. Chaput fait part à la Société du traitement qu'il em-

ploie pour arrêter les hémorrhagies secondaires chez ses opérés ; au lieu de rouvrir la plaie en pleine hémorrhagie pour aller faire une ligature ; il se borne à faire placer la région opérée en position élevée pour diminuer la pression sanguine, à placer sur le pansement une vessie de glace pour faire contracter les vaisseaux ; il fait ensuite une injection sous-cutanée ou intra-veineuse de sérum artificiel suivant la gravité du cas; enfin, il injecte dans la cuisse du sérum artificiel additionné de gélatine (en solution à 1, 2 ou 5 p. 100), de façon à injecter 5 grammes de gélatine.

M. Chaput pense que ces injections de gélatine qui ne présentent aucun danger seraient très efficaces dans les hémorrhagies médicales : hémoptysies, gastrorragies, hémorrhagies intestinales, etc.

Nous pouvons confirmer cette manière de voir pour les hémorrhagies intestinales de la fièvre typhoïde ; les injections gélatinées nous ont personnellement très bien réussi dans deux cas.

M. Marfan croit que même prise par la bouche, la gélatine jouit d'une action hémostatique manifeste : récemment, une petite fille, atteinte de purpura hémorrhagique, avec épistaxis, hémorrhagies buccales et ecchymoses, présenta du sang rouge dans ses garde-robes. M. Marfan, pour agir sur ces hémorrhagies intestinales, fit prendre par la bouche 12 à 15 grammes de gélatine dissoute dans de l'eau dans la proportion de 1 sur 5; deux jours après le commencement de cette médication, toutes les hémorrhagies, même celles qui provenaient du nez et de la bouche, même les ecchymoses s'arrêtèrent; M. Marfan ajoute qu'il con-

naît trop l'inefficacité des médications habituelles, et la longue durée des purpuras de ce genre pour ne pas être porté à penser que, dans ce cas, la gélatine a agi comme hémostatique général.

Dr MARC JOUSSET.

SOCIETE DE BIOLOGIE

UNE FORME D'AMAIGRISSEMENT NON DÉCRITE CHEZ LES DYSPEPTIQUES (25 *juillet* 1908).

De cette communication de M. G. Leven, nous voulons retenir seulement ce point de médecine pratique ; certains dyspeptiques, non obèses, au moment où leur affection s'améliore et guérit, maigrissent d'une manière notable, puisque quelques-uns perdent jusqu'à 10 et 14 kilogrammes. Cet amaigrissement n'a aucun caractère pathologique ; il persiste malgré un appétit normal, une digestion régulière et un état des forces très satisfaisant.

La diminution de poids se produit principalement par déshydratation, car la graisse sous-cutanée n'est pas diminuée et l'amaigrissement ne paraît pas à l'extérieur du sujet.

Nous signalons ce fait pour qu'il ne devienne pas l'occasion d'une erreur de diagnostic: le médecin doit savoir que cet amaigrissement est normal, qu'il n'entraîne aucun pronostic fâcheux, et qu'il n'est pas à traiter.

L'HÉMOSTASE SANS LIGATURES, PAR LA GÉLATINE.

M. Chaput a communiqué à la Société de Biologie un travail sur l'hémostase sans ligatures. En voici la techni-

que : on injecte au moment de l'opération sous la peau de la cuisse 200 grammes de *Gélatine* à 5 p. 100 et sous l'influence de ce moyen les hémorrhagies sont supprimées et les plus gros vaisseaux cessent de donner du sang après compression par une ou deux pinces de Kocher. Cependant, exceptionnellement il s'est présenté de petites hémorrhagies consécutives à l'opération qui ont cédé à de nouvelles injections de *Gélatine*, et qui, dans un cas ont nécessité une réintervention pour ligature définitive.

Il est incontestable que la suppression des ligatures dans les opérations présente de très gros avantages, et si l'expérience clinique justifie les assertions de M. Chaput, il y aura là un grand bénéfice pour les malades et pour le chirurgien.

Quelle est la dose thérapeutique préférable pour le collargol ?

Quand nous parlons de collargol, nous entendons désigner l'argent colloïdal préparé par la voie chimique.

D'un travail publié dans le n° 28 de la *Société de Biologie*, MM. Ribadeau-Dumas et Depré et des observations de M. Netter, il résulte que les doses très faibles ou très fortes de collargol doivent être rejetées de la thérapeutique. Des expériences sur les lapins et des observations cliniques, on doit conclure que chez l'homme, la dose thérapeutique préférable est de 10 centigrammes de la solution à 0,25 p. 1.000.

Nous rappelons que nous avons coutume de prescrire le collargol par la voie stomacale, et que la dose et le mode d'administration qui nous ont paru préférables se traduisent par la formule suivante :

Collargol .... 10 centigrammes.

Faire 10 pilules, dont le malade prendra d'abord *une*, puis, si la dose est insuffisante, *deux* toutes les *trois* heures.

Ces doses ont toujours paru suffisantes pour combattre les états de collapsus développés dans le cours de maladies aiguës comme la fièvre typhoïde et la broncho-pneumonie, et dans les complications souvent si graves de la fièvre urinaire. L'administration du collargol à cette dose produit assez souvent une céphalalgie très pénible pour le malade.

RÉSULTATS CLINIQUES OBTENUS PAR L'EMPLOI DES CORPS GRAS CHEZ LES DIABÉTIQUES (14 *novembre* 1908).

La communication de M. F. Arloing démontre que l'usage des corps gras exerce chez les diabétiques une action très favorable.

Dans les expériences dont il s'agit le corps gras était de l'huile de sésame émulsionnée avec 300 grammes d'eau distillée en présence de 3 cc. de lessive de soude pour 600 grammes d'huile. La dose était de 4 à 6 cuillerées par jour. Sous l'influence de ce traitement, le sucre a diminué chez quelques-uns et a disparu complètement chez quelques autres. Cette disparition a été obtenue surtout dans les cas où les urines contenaient une *forte* proportion de glycose. En même temps la polydipsie et la polyurie ont disparu ainsi que l'amaigrissement et l'acétone. L'état des forces s'améliore beaucoup et cet état satisfaisant s'est continué encore quelques mois après la cessation de l'usage de l'huile.

La conclusion à tirer de ce travail c'est qu'il y a tout avantage à traiter le diabète quelle que soit sa nature par

un certain nombre de cuillerées d'huile. Je rappellerai qu'il y a une trentaine d'années un pharmacien d'Angoulême, dont j'ai oublié le nom préconisa le traitement du diabète par l'usage de l'huile d'olive. Un de mes malades désira essayer ce traitement, et je dois dire qu'il l'abandonna bientôt sans en avoir retiré aucun avantage. Cependant les observations de M. Arloing nous paraissent tellement probantes que je n'hésiterais pas à conseiller de nouveau l'usage de l'huile dans le traitement du diabète et dans ce cas je me conformerai à la technique donnée par M. Arloing.

VACCINATION ANTIDYSENTÉRIQUE EXPÉRIMENTALE PAR LES VOIES DIGESTIVES.

M. Dopter a réussi à immuniser des souris en leur faisant prendre par la voie buccale 5 milligrammes par jour de bacilles de Shiga et desséchés. L'immunité est complète au bout de 15 jours et n'a qu'une durée de un mois. C'est jusqu'ici une pure expérience de laboratoire et malheureusement peu applicable à l'immunisation de l'homme contre la dysentérie.

MÉCANISME D'ACTION DE L'ATOXYL DANS LES TRYPANOSOMIAESS (4 *juillet*).

MM. Levaditi et Yamanouchi établissent d'abord ce grand principe de thérapeutique générale que le médicament n'agit pas directement sur le mal, et ici sur le bacille, mais par l'intermédiaire de l'organisme.« Nous avons constaté aussi que ce produit arsénical est inoffensif *in vitro* pour le triponema pallidum, et qu'il prévient ou guérit la kératite spécifique (chez le lapin) en provoquant, par l'in-

termédiaire de l'organisme la destruction extra-cellulaire du sporichète de Schaudinn. »

Les auteurs montrent ensuite que si l'émulsion de foie n'agit pas *in vitro* sur les spirochètes, non plus que l'atoxyl, le mélange des deux substances, émulsion du foie de lapin dans l'eau salée et solution d'atoxyl à 1 p. 50 et même 1 p. 500 après deux heures de séjour à 38° est très toxique pour ces microbes. Il en est de même, à un plus faible degré de l'émulsion de poumon et de muscle broyés. Le foie transforme donc l'atoxyl en une substance trypanolytique que les auteurs appellent trypanotoxyl.

MM. Levaditi et Yamanouchi montrent ensuite que les lipoïdes solubles dans l'alcool, les sels et pigments biliaires, le glycogène, le glycose, les ferments hépatiques hémolabiles ne sont pour rien dans le mécanisme de cette transformation de l'atoxyl en trypanotoxyl, transformation qui est due uniquement au pouvoir réducteur des émulsions de foie, de poumon et de muscle.

Vaccination des animaux par des extraits alcooliques de cultures cholériques (4 *juillet*).

Jusqu'ici les essais de vaccination anti-cholériques n'ont donné que des résultats fort médiocres. C'est donc à titre de renseignement que nous résumons les expériences de MM. Levaditi et Mutermilch, faites sur le cobaye et le lapin.

Les animaux inoculés avec une solution alcoolique de culture de cholérique desséchée, reçoivent de ce fait, l'immunité active.

Le sérum de ces animaux ainsi traités donne une immunité préventive très faible ou nulle pour le sérum de cobaye, remarquable pour le sérum de lapin.

Dr P. Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ANGLAIS

LE MAL DE VOITURE.

Le journal *The Homœopathic World* rapporte un article paru dans la *Westminster Gazette*, sur le mal de voiture ou de wagon, analogue au mal de mer, que connaissent bien des personnes, surtout dans l'enfance, et dont on attribue la pathogénie à un trouble vestibulaire : notre confrère homœopathe, sujet à ce trouble, y ajoute le remède, *Arnica* 30, dont il prend un comprimé avant de monter en chemin de fer, et pendant le voyage.

UN LABORATOIRE DE PATHOGÉNÉSIES.

L'Hôpital homœopathique de Michigan vient d'installer un laboratoire de pathogénésies expérimentales avec tous les appareils nécessaires à l'expérimentation des médicaments sur l'homme sain. Tous les étudiants assez avancés doivent ainsi augmenter par un travail personnel le champ des connaissances pathogénétiques. Ils se soumettent à toutes les conditions imposées de régime, de vie, d'exercice, et fournissent chaque jour un rapport complet. Cette institution, on le conçoit facilement, offre le plus grand intérêt.

Notes de matière médicale du Dr Fred. Kopp, (*de Greenwich*).

Gelsemium sempervirens dans la blennorrhagie. — Gelsemium rétablit l'écoulement quand la suppression en est accompagnée de rhumatisme, d'orchite, et de fièvre. C'est un des meilleurs remèdes dans le stade aigu de la gonorrhée, quand un écoulement très peu abondant, de l'inflammation, et une douleur intense sont les symptômes les plus marqués.

Gnaphalium Polycephalum, dans les crampes. — Cette plante est un remère utile pour les crampes des mollets ou des pieds survenant au lit, indiqué aussi lorsqu'il existe des douleurs rhumatoïdes dans les chevilles et les jambes.

Cimicifuga racemosa dans la pleurésie et le rhumatisme. — C'est un remède très utile dans la pleurésie, après l'administration alternée d'*Aconit* et *Bryon.* C'est un des meilleurs remèdes pour le lumbago et la myalgie spinale, quand il y a de la sensibilité, de la douleur, et une sensation d'endolorissement le long du rachis. Il est efficace dans le rhumatisme musculaire et articulaire, mais son action est plus prononcée dans les cas dans lesquels le côté gauche est sourtout atteint.

Physostigma venenosum dans la dyspepsie.—Il est utile dans les cas dans lesquels il y a une forte douleur immédiatement après le repas. La constipation par atonie intestinale est un symptôme additionnel.

Kali hypophosphis dans les maladies des enfants. — Ce remède est indiqué dans les cas dans lesquels il y a un retard dans la soudure des fontanelles et l'apparition des dents, un défaut de dureté des os, beaucoup de faiblesse,

de la mauvaise humeur, et même de la diarrhée. Le mieux est de le donner à la deuxième dilution décimale. C'est un remède excellent pour les symptômes qui se montrent au moment de la dentition.

Lapis albus (silico-fluorure de calcium), dans le carcinome. — Lapis albus est utile dans les cas de cancer fermé. Il semble peu utile dans les cancers ouverts, et, donné à grosses doses, empire certainement les ulcérations cancéreuses.

Juglans Cinerea dans les affections de la gorge. — C'est un remède utile dans l'inflammation chronique de la gorge, quand il y a beaucoup de faiblesse générale. La gorge donne une sensation de gonflement, la douleur existant du côté droit. La gorge est enflammée, la bouche humide, les lèvres et le voile du palais secs.

Lobelia cerulea dans la toux. — C'est un remède utile quand la toux est d'une nature sèche, hachée, et très gênante jour et nuit. Il y a aussi une douleur dans le côté droit, près de la jonction de la sixième côte avec son cartilage. La sècheresse dans la paroi postérieure de la gorge est aussi un symptôme important, caractéristique du médicament.

Lycopus virginicus dans le vertige. — C'est un remède de première importance dans le vertige, qui survient quand on est dehors à l'air libre ou pendant qu'on est assis. La tendance de ce vertige est vers la droite.

Opuntia vulgaris dans la diarrhée. — Ce remède est indiqué dans les cas de diarrhée dans lesquels les selles sont muqueuses, foncées, épuisantes, excoriantes, et accompagnées de nausées et de crampes dans l'estomac et les intestins.

Paullinia Sorbiles (Guarana), dans la migraine. — Quel-

ques grains de la première trituration décimale sont un remède excellent dans le traitement de la migraine, en donnant des doses tous les quarts d'heure. Pour empêcher une attaque, la même dose doit être prise chaque matin, une demi-heure avant le déjeuner.

Carduus Mariæ dans la lithiase biliaire. — C'est un remède très efficace dans les cas accompagnés de jaunisse, vomissement de bile, douleur dans l'estomac, urine peu abondante jaune vif, douleur et gonflement du foie, œdème des pieds, sensibilité douloureuse et gonflement de la vésicule biliaire.

D[r] P. Tessier.

JOURNAUX ALLEMANDS

De l'essai des médicaments sur l'homme sain, par le D[r] Schultz, de Greiswald.

Les idées du professeur Schultz sont fondées sur un grand nombre d'expériences qu'il a faites sur lui-même ou ses élèves.

On a voulu, à tort, ne tenir compte que des résultats obtenus sur l'homme en santé. Beaucoup de faits ne peuvent s'étudier exclusivement qu'au lit du malade, et nulle part ailleurs. On sait en outre que l'expérience sur les animaux est indispensable pour la solution de certains problèmes thérapeutiques, comme l'antagonisme entre les médicaments, l'expérience de certains produits encore inconnus, l'action d'un remède sur tel organe particulier ou sur l'organisme entier. Mais l'opinion des praticiens peut varier

sur la valeur de ces données dont la complexité peut être cause d'erreurs.

On peut mettre à l'épreuve un médicament envisagé sous tous ses effets sur l'ensemble, et les divers organes séparés d'un animal, qu'il manquera encore, malgré l'énorme amas de faits pour étudier ce médicament sur tous les êtres de l'échelle depuis le plus bas situé jusqu'au plus élevé dans l'échelle des êtres organisés, la clef de voute à l'édifice de nos connaissances. Grande est la lacune entre les expériences ; quelque consciencieuses qu'elles soient, sur les animaux et celles de l'application à l'homme malade, comme est grande la différence entre l'organisme d'un animal sain et celui d'un homme sain. C'est donc une faute de négliger, dans ces recherches thérapeutiques les effets sur l'homme sain.

A ces recherches sur l'homme en santé, on reproche le côté subjectif inévitablement actif durant l'expérimentation, et capable de modifier le résultat. Cette influence du sujet n'est peut-être pas absolument absente de l'essai sur l'animal, mais est indéniable, chez l'homme sain.

Pour les essais sur l'homme en santé, il y a deux méthodes différentes. Ou bien on débute par une dose juste assez forte pour n'avoir pas sur la santé du sujet d'action nocive durable, comme on l'a fait pour l'éther, le chloroforme, la cocaïne, quelques alcaloïdes, et alors certains effets dominants peuvent masquer des phénomènes importants, et cependant dignes de remarques.

L'expérimentateur, en d'autres cas, engagera ses essais de façon à laisser le médicament développer toute son activité, débutant par de petites doses, lentement graduées et données plusieurs semaines durant. Ainsi les réactions sont plus faciles à constater, suivant le temps, les circonstances,

les changements sur les divers organes, et sur l'ensemble. Les troubles dans les divers tissus, en particulier dans les profondeurs du système nerveux central et périphérique, sont des phénomènes qui, chez l'animal, nous échappent. De même les troubles légers, notablement gênants chez l'individu, et modifiant l'activité de la digestion, la respiration, le cœur, la diurèse. Ainsi les phénomènes, ou altérations cutanées : tous symptômes médicamenteux, relativement fréquents, méritant d'être classés parmi les symptômes concomitants.

Tout médecin désireux d'introduire dans la thérapeutique un médicament nouveau a le devoir d'essayer sur soi-même une grosse dose du remède, d'abord, puis une série prolongée de petites doses; il évitera ainsi bien des mécomptes.

Les résultats obtenus par des expériences bien conduites devront être tout d'abord, chez l'homme sain, dégagées des effets que le sujet lui-même exercera, par son imagination, dont les illusions sont plus à craindre dans les expériences avec des petites doses graduellement renforcées pendant des semaines; il est utile de laisser ignorer aux sujets en expérience quel médicament ils prennent, pour se garder contre leur imagination. Puis on comparera entre eux ces résultats obtenus chez plusieurs sujets, en classant comme résultats principaux ceux obtenus avec symptômes semblables ou analogues, dans l'activité des organes. Le second rang sera donné aux remarques moins générales à établir; les effets tout à fait isolés exceptionnels, seront laissés de côté. On renouvellera ces essais avec toutes les variations possibles de dose, à des intervalles éloignés. Quand les expériences de plusieurs médecins dignes de foi viendront confirmer ceux acquis, on pourra être assuré d'avoir éli-

miné la suggestion du sujet en expérience, autant que possible.

La comparaison des divers résultats servira encore à l'étude des symptômes accessoires. Le pouls, la chaleur interne, la régularité de la vie sont encore des renseignements importants à recueillir.

Cette comparaison des résultats des expériences nous fournira nombre de renseignements que l'essai sur les animaux ne peuvent donner, et qu'un dosage varié nous rendra précieux en ce qui touche les effets concomitants. Au lit du malade ils auront leur importanec. Ainsi conduits ces essais donneront au thérapeute une grande sûreté, quand il s'agira surtout de remèdes dont la toxicité serait à craindre. Le dosage qu'on emploiera permettra l'administration prolongée et fréquente du produit, qui développera, lentement, sans danger son action sur chaque organe et l'ensemble, et sans nécessité d'arrêter brusquement l'expérience. On peut ainsi mettre à l'étude des médicaments jusqu'ici encore mal connus.

Une expérience de trente années a démontré au professeur Schultz, la valeur d'expérimentations ainsi conduites chez l'homme sain et pour des remèdes nouveaux, inconnus encore. La science pure et la clinique peuvent en tirer leurs meilleures conquêtes.

(*Pop. Zeitschs. f. Homoop.*, août-sept. 1908.)

Dr Picard.

JOURNAUX FRANÇAIS

Traitement de la fièvre typhoide par l'injection sous-cutanée de cultures de bacilles d'Eberth vivants.

Etant donné que toutes les tentatives de bactériothérapie de la fièvre typhoïde semblent avoir été faites jusqu'à présent avec des bacilles tués, et se fondant, d'autre part, sur les bons effets obtenus dans diverses affections par l'emploi de bacilles non pas tués, mais simplement atténués, MM. les docteurs B. Pescarolo, privatdocent à la Faculté de médecine et médecin de l'hôpital Saint-Jean-Bàptiste, à Turin, et C. Quadrone, assistant audit hôpital, ont eu l'idée de traiter par des injections de bacilles d'Eberth atténués les malades atteints de fièvre typhoïde grave qu'ils ont eu l'occasion d'observer. Voici d'abord la technique qu'ils ont employée :

Le liquide des injections était constitué par une suspension dans 5 cc. de sérum physiologique d'un demi-milligramme à 1 milligramme de culture atténuée de bacilles d'Eberth préparée de la façon suivante : du bacille typhique, provenant d'une épidémie qui avait éclaté pendant l'été 1907, était ensemencé sur de l'agar ; les cultures vieilles de quinze à vingt jours étaient ensuite portées à l'étuve à 45°-50° pendant plusieurs heures ; puis, en injectant à des cobayes ces cultures chauffées, on s'assurait que les bacilles étaient nettement atténués, et l'on confirmait ces résultats par de nouvelles cultures sur agar.

Presque immédiatement après l'injection, que l'on pratique dans le tissu cellulaire sous-cutané, — en commençant par 0 cc. 5 à 1 cc., et en augmentant progressivement la dose — on observe une hyperthermie, accompagnée de

frissons, qui persiste quelques heures. Ultérieurement, au niveau de l'injection, les tissus se tuméfient et deviennent douloureux ; mais il est aisé d'atténuer la douleur et de juguler l'inflammation par l'application *in situ* d'une petite vessie de glace. Ces injections sont faites une ou deux fois par semaine, et si l'on suit les variations de la séro-réaction chez les malades ainsi traités, on constate que très rapidement le pouvoir agglutinatif du sérum augmente sensiblement. L'effet de cette thérapeutique sur l'état général se fait sentir au bout de trois à sept jours. Enfin, dès la seconde injection, les réactions générale et locale sont beaucoup moins accusées.

M. Pescarolo et Quadrone ont traité par cette méthode 20 cas de fièvre typhoïde grave. Bien qu'il soit difficile de porter un jugement motivé sur la valeur thérapeutique d'une médication dans une maladie à évolution aussi inconstante que la dothiénentérie, il leur a paru cependant que la bactériothérapie, pratiquée avec des bacilles atténués, constituait une ressource précieuse contre les formes graves, à type septicémique, de la fièvre typhoïde.

(*Semaine médicale*, 28 octobre.)

ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A L'EMPLOI DE L'ÉLECTRARGOL.

Le D[r] Guérin rapporte ce qu'il appelle les accidents favorables produits par l'électrargol et que nous considérons comme des symptômes pathogénétiques de cette substance.

De nombreuses observations ont déjà montré l'action favorable de l'électrargol. Il est cependant une particularité de son action qui n'est pas toujours signalée, c'est que la défervescence est précédée, non seulement par une recrudescence fébrile passagère, mais encore chez des su-

jets nerveux (femmes et enfants), si la dose injectée a été forte, par des contractions et des tremblements. Si l'esprit n'est pas prévenu de ces symptômes, on serait tenté de les considérer comme une aggravation de l'état du malade, alors qu'ils indiquent seulement une réaction salutaire de l'organisme.

Le professeur Carrieu, de Montpellier, avait noté déjà ces tremblements et il ajoute cette remarque : « Il faut être prévenu de l'existence de ces tremblements que les auteurs n'ont pas encore indiqués, croyons-nous. Ils n'ont pas de signification fâcheuse et sont seulement la preuve de l'absorption immédiate des métaux électriques. »

Cependant Iscovesco, quelque temps avant, dans un article qu'il consacrait à l'étude des propriétés thérapeutiques des métaux colloïdes électriques, en avait déjà parlé. Il les avait trouvé signalés dans les observations de Galliard.

Nous avons aussi remarqué ces symptômes et ils se sont surtout manifestés chez une malade de 19 ans atteinte d'endocardite infectieuse, ulcéreuse, au cours d'un pseudo-rhumatisme. La guérison fut obtenue après l'injection de 70 cm. cubes d'électrargol (30 cm. cubes par injection intra-veineuse et 40 cm. cubes par injection intra-musculaire).

Ces tremblements apparaissaient environ vingt minutes après l'injection, ils étaient généralisés avec prédominance marquée au niveau des extrémités digitales.

Tout mouvement volontaire les exagérait et la malade portait avec difficulté un verre à ses lèvres. On observait aussi une raideur musculaire généralisée, en sorte qu'on asseyait avec peine la malade dans son lit et qu'on écartait difficilement ses bras du tronc.

Raideur et tremblements s'accentuaient en même temps que la température descendait progressivement.

Enfin, au huitième jour du traitement par l'électrargol, la débâcle urinaire se produit et tous ces symptômes disparaissent.

La connaissance de ces différents symptômes qui indiquent l'absorption des métaux colloïdaux, est d'une grande utilité pratique. Si le médecin leur attribuait une signification fâcheuse et perdait confiance en sa thérapeutique, il risquerait de s'aliéner l'entourage du malade et de perdre le bénéfice moral d'une guérison qu'il serait cependant en droit de revendiquer.

(*Journal des Praticiens*, 17 octobre.)

Diagnostic bactériologique de la méningite tuberculeuse

L'examen cytologique du liquide céphalo-rachidien ne fournit pas de signes absolument *certains* de la méningite tuberculeuse.

L'examen bactériologique, au contraire, permettrait toujours de retrouver le bacille de Koch si on se conforme à la technique suivante : retirer une grande quantité de liquide, 20, 30, et même 80 centimètres cubes, dans plusieurs éprouvettes ; laisser reposer ce liquide douze et vingt-quatre heures même ; il se forme un caillot parfois très fin au fon ddu tube ; on retire un caillot sans mousse, on l'étale sur une lame, on fixe et on colore par les procédés habituels et une recherche attentive et souvent prolongée de tous les filaments de fibrine dissociés qui composaient le caillot permet de reconnaître le bacille.

BIBLIOGRAPHIE

La coqueluche guérie par coqueluchine.

Nous avons lu avec intérêt le petit opuscule que le Dr Clarke (1), conserve à ce nouveau médicament.

Un nosode (du grec νοσος maladie), est une préparation faite avec un produit morbide. Coqueluchine est préparé avec le mucus clair et glaireux que les enfants expulsent à la fin de la quinte de toux. Par une atténuation graduelle, on obtient le nosode qui, à l'instar des venins employés en thérapeutique, offre les propriétés et non le dangers du produit d'origine lui-même.

Il y a là, dit l'auteur, une voie nouvelle féconde en produits efficaces, car toute maladie offre un principe infectieux, capable de donner un médicament, si ce produit est possible à obtenir. Le Dr Clarke espère que les cas qu'il publie à l'appui de sa thèse, pourront convertir les masses, car, dit-il, le public est désireux de guérir vite, et le traitement en lui-même l'intéresse peu, si le résultat est rapide.

D'ailleurs, il ne prétend pas faire de *Coqueluchine* un antidote, guérissant seul et toujours la coqueluche. Il ne considère ce médicament que comme une arme nouvelle et puissante à ajouter à la liste des anciennes.

Aussi, nous voyons dans les 14 observations rapportées par l'auteur, que, s'il a coutume de considérer le traite-

(1) Clarke. Whooping coug cured with coqueluchin, 2e édition.

ment de la coqueluche par *Coqueluchine*, il emploie, à côté, les remèdes classiques. D'ailleurs, *Coqueluchine* paraît réussir dans la toux coqueluchoïde, en dehors de la coqueluche, et l'observation II rapporte l'histoire d'une toux spasmodique guérie en *deux* jours; l'observation IV cite une guérison en *un* jour, d'un cas analogue.

Il s'agissait d'une « toux opiniâtre, consécutive à un rhume, sèche, irritante, nauséeuse ». Dans un cas où la notion de contagion avait permis de diagnostiquer la coqueluche dès le début, avant les accès spasmodiques, *Coqueluchine* a produit un véritable *avortement de la coqueluche.*

Il reste à faire l'épreuve de *Coqueluchine* sur l'homme sain, selon la méthode de Hahnemann. En attendant, on se basera sur la notion de contage de la coqueluche, et divers symptômes d'indication, que je traduis textuellement :

« Démangeaison au palais, en se couchant le soir ;

Douleur de piqûre dans la poitrine, au moment de la toux ;

Nausée ou sensation nauséeuse à la fin de la toux ;

Sanglot ou soupir à la fin de la toux ;

Sensation d'étranglement au moment de la toux, au réveil. »

Ce sont là les symptômes capitaux.

Il faut y ajouter ces indications additionnelles, traduites intégralement :

Toux intermittente ;

Toux grave, retentissante, croupale ;

Toux provoquée par un chatouillement dans la trachée ou la gorge ;

Toux intermittente avec coryza ;

Toux spasmodique et suffocante ;

Toux avec difficulté de reprendre la respiration;

Toux à paroxysmes fréquents ;

Toux spasmodique avec rougeur intense du visage. »

L'auteur étudiant ensuite les rapports des médicaments entre eux, au point de vue de leur action réciproque, cite comme s'accordant bien avec *Coqueluchine* et donnant de bons résultats complémentaires après l'emploi du nosode, les médicaments suivants : *Coralium, causticum, Podophyllum*. Au contraire *Influenzinum* paraît exercer une action opposée (inimical), à celle de *Coqueluchine.*

Qu'il nous soit permis en finissant cette brève analyse, de signaler une erreur qui s'est probablement glissée dans le texte du Dr Clarke. Dans la préface, il écrit ceci : « Mon ami, le Dr Nebel, de Bâle, me dit qu'il a guéri *200* cas de coqueluche avec ce médicament (*Coqueluchin*), pendant une épidémie qui se produisit à Montreux (1). »

Il nous paraît peu vraisemblable qu'un praticien puisse soigner à lui seul, deux cents cas de coqueluche, quelle que soit l'importance de l'épidémie.

L'auteur est si confiant dans les propriétés curatives des *Nosodes*, qu'il termine son opuscule par une exhortation à ses confrères de mettre tout leur zèle à l'usage de ces nouveaux produits : « Je supplie mes confrères homœopathes de donner à l'usage des nosodes la plus profonde et la plus soigneuse attention : *in hoc signo vincimus.* »

Dr XAVIER JOUSSET.

(1) « My friend, Dr Nebel, of Basle, tells, me that he cured two hundred cases with the remedy in a epidemic which ocured in Montreux. » (*Loc. citat.* Préface, (p. VIII).

Le Propriétaire-Gérant : Dr P. JOUSSET.

Typographie A. DAVY, 52, rue Madame, Paris — *Téléphone.*

L'ART MEDICAL

FÉVRIER 1909

MEDECINE PRATIQUE

La dyspnée chez les cardiaques

D'une leçon faite à l'hôpital Laënnec par M. Barié, sous le titre de dypsnée chez les cardiaques, nous présentons à nos lecteurs le résumé suivant:

La *dyspnée d'effort* est, par excellence, une dyspnée cardiaque. Elle est le signe à peu près constant d'une affection des valvules sigmoïdes et de l'aorte elle-même. Elle a pour caractère, comme son nom l'indique, de se manifester à propos d'un effort, si petit qu'il soit, car c'est habituellement en montant dans son lit que le cardiaque présente le premier degré de ce symptôme. Sa pathogénie est facile; l'aorte, qui dans l'état de repos suffit amplement encore à la circulation, ayant perdu une grande partie de son extensibilité par suite de son inflammation, ne peut plus se dilater suffisamment pour donner passage à l'ondée sanguine plus abondante pendant les mouvements; elle est rétrécie par la perte de son élasticité, d'où un trouble cardiaque à propos du mouvement et un sentiment de dyspnée.

En dehors de la dyspnée d'effort, qui comme nous l'avons dit, est absolument localisée dans le cœur et dans l'aorte, on rencontre des dyspnées dues à l'état du poumon, de la plèvre, ou aux complications rénales et gastriques.

Les dyspnées cardiaques dont le siège est dans le poumon tiennent à plusieurs causes : la congestion du poumon, son œdème ou la formation d'infarctus connue sous le nom d'apoplexie pulmonaire.

1° *Congestion pulmonaire chronique.* — Cette congestion pulmonaire par stase sanguine s'observe durant les crises d'hyperystolie ou d'asystolie, dans les affections mitrales. Sa pathogénie est des plus simples: l'insuffisance mitrale est un obstacle à la déplétion de l'oreillette gauche. D'où une élévation considérable de la tension dans les veines pulmonaires. D'un autre côté, l'artère pulmonaire apportant constamment du sang au poumon, il en résulte une stase permanente, toujours accompagnée d'un certain degré d'œdème siégeant à la base des deux poumons. Si cet état de congestion est durable, il fait place à la splénisation du poumon qui aboutit ensuite à la sclérose, le poumon formant alors un bloc induré absolument inapte à la respiration.

Cet état de congestion œdémateuse, aboutissant à la splénisation, est une cause puissante de dyspnée. Elle s'accompagne de toux avec expectoration spumeuse.

L'auscultation fait entendre des râles sous-crépitants et la percussion donne une matité relative.

2° *Congestion pulmonaire aiguë.* — Cette forme présente plusieurs variétés. Une première relativement bénigne, liée non plus aux lésions mitrales mais aux lésions aortiques survient par crises à marche rapide.

L'oppression est considérable et l'auscultation permet de constater des râles sous-crépitants très fins, d'une durée éphémère.

L'expectoration est plus ou moins sanguinolente et ressemble à celle de la pneumonie.

La seconde variété mériterait plutôt le nom d'œdème congestif aigu. C'est une complication extrêmement grave. Dans certains cas, le malade dans un état de santé relative, est pris d'emblée d'une véritable paralysie bronchique, sans expectoration, et périt en quelques heures étouffé par la sérosité spumeuse qui encombre les bronches. Dans d'autres cas, à début également soudain et violent, ressemblant à un accès d'asthme, le malade est dans l'orthopnée avec angoisse, assis sur son lit, les yeux hagards, la face couverte de sueur et cyanosée ou, au contraire, très pâle. Toux violente, expectoration visqueuse, blanchâtre, spumeuse, analogue à du blanc d'œuf battu, quelquefois teintée de sang. Râles sous-crépitants fins, occupant toute la poitrine. Les battements du cœur et le pouls, très accélérés s'affaiblissent ensuite de plus en plus, L'asphyxie se prononce et le malade succombe au bout de quelques heures.

Dans d'autres cas enfin, les accidents ont une marche moins rapide, les symptômes d'asphyxie sont moins prononcés. Mais presque toujours après une durée plus ou moins longue, les complications d'œdème pulmonaire se terminent par la mort.

La pathogénie de cet œdème congestif aigu est encore discutée. Rappelons qu'il est fréquent chez les artério-scléreux, et surtout qu'il est lié presque toujours à une affec-

tion aortique, soit de l'aorte même, soit des valvules sigmoïdes.

La grossesse chez les femmes atteintes d'endocardite chronique, surtout avec rétrécissement mitral, détermine des symptômes d'œdème pulmonaire analogues à ceux que nous venons de décrire, mais cependant beaucoup moins intenses, qui, néanmoins, présentent une haute gravité.

3° Dans d'autres cas la dyspnée est liée à la formation de noyaux *d'apoplexie pulmonaire;* les foyers hémoptoïques sont dus, le plus souvent, à une affection de la valvule mitrale. M. Barié explique que dans ces cas une stase circulatoire, qui ne tarde pas à gagner les cavités droites, est l'occasion de la formation dans l'auricule et l'oreillette droites de petites coagulations sanguines, origine de petites embolies capables d'oblitérer les rameaux de l'artère pulmonaire et d'être ainsi la cause de l'infection.

La dyspnée est le symptôme capital et parfois unique de ces infarctus et le diagnostic ne devient certain qu'à l'apparition de l'expectoration de petits crachats pelotonnés de coloration foncée, et parfois noir de jais.

Ces infarctus, quand ils sont au voisinage de la plèvre peuvent devenir l'occasion d'une pleurésie.

4° *La pleurésie, avec épanchement* est une cause de dyspnée assez considérable. L'épanchement est habituellement moyen, le liquide séreux, très peu coagulable, rarement sanguinolent, et plus rarement purulent. Le siège de prédilection est du côté droit. Elle se rencontre plus souvent dans les affections mitrales.

L'épanchement pleurétique non seulement augmente la dyspnée, mais a une influence fâcheuse sur la marche de la maladie, qui, de ce fait, s'aggrave considérablement.

5° *Dypsnée d'origine toxique.* — Cette complication se rencontre chez les artério-scléreux quand le rein devient malade. La dyspnée éprouvée par les cardiaques est la dyspnée urémique sur laquelle nous n'avons pas à insister davantage.

6° Il en est de même des troubles de la *digestion*, de la *dyspepsie*, qui peut, à un certain degré, augmenter la dyspnée des cardiaques et nécessiter le traitement lacto-végétarien.

MATIERE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE

VENINS DES CRUSTACÉS.

La présence d'un venin chez les crustacés n'a pas été expressément signalée ou étudiée, à propos des médicaments empruntés à cette classe. Toutefois, on ne saurait douter de l'existence de ce venin, si l'on prend en considération les nombreux empoisonnements provoqués par les crevettes et les symptômes pathogénétiques que nous avons notés au cours de notre exposition.

ASTACUS FLUVIATILIS
(Ecrevisse commune)

Bibliographie.

J.-H. CLARK. *A Dictionary et practical Materia medica.* Londres, 1900.

(1) Extrait d'un ouvrage en préparation avec le Dr Crépel. « *Action et applications des médicaments empruntés au règne animal.*

ECALLE-DELPECH et PEUVRIER. *Pharmacopée homœpathique française.* Paris 1878.

I. — GÉNÉRALITÉ.

Ce crustacé décapode vit dans la plupart des rivières et ruisseaux du sud de l'Asie et d'Europe.

II. — PATHOGÉNÉSIE.

Moral. Appréhension avec anxiété et constriction de la poitrine.

Tête. Torpeur. A la tête, à la nuque et à la poitrine, taches rouges remplies de sérosité, disparaissant par transpiration. Eruption épaisse et croûteuse au cuir chevelu, avec gonflement des glandes lymphatiques.

Yeux. Pupilles dilatées. Vision troublée; le sujet, en lisant, voit des taches rouges. Mouvements des yeux, douloureux. Conjonctive jaune.

Oreille. Sensation d'un corps étranger obstruant le conduit auditif droit et causant une légère surdité. Oreilles chaudes et rouges.

Nez. Epistaxis qui améliore les symptômes.

Face. Par intervalles, élancements comme des éclairs de la tempe à la joue. Face vultueuse et rouge, avec fièvre. Erysipèle avec éruption ortiée.

Bouche. Plaques ulcéreuses à la bouche. Scorbut. Goût de poisson suivi de nausées.

Dents. Maux de dents par intervalles. Tiraillements comme si l'on arrachait la dent. Douleur dentaire dans toute la mâchoire inférieure droite avec sensation de froid dans une canine.

Estomac. Plénitude et pression; brûlement à l'épigastre.

Eructations à vide avec éternuement et bâillement. Nausée et vomissements.

Abdomen. Violente douleur au duodénum. Foie enflammé, sensible à la pression. Ictère chez les petits enfants. Pression à la région splénique. Coliques avec ténesme et prolapsus diminuées par la position assise, augmentées par la marche. Selles argileuses avec douleur au foie. Diarrhée avec vomissements et coliques.

Organes urinaires. Douleurs aux reins, aiguës la nuit, aggravées par l'inspiration. Urine sentant le poisson. Besoin pressant d'uriner, avec émission parcimonieuse, brûlement pendant et après l'urination. Sédiment rouge. Urine pâle, acide, chargée en albumine.

Organes génitaux mâles. Sommeil agité par violente excitation génésique. Aversion pour le coït. Diminution de la puissance sexuelle; scrotum relâché.

Organes respiratoires. Dyspnée avec anxiété et bruits de mucosités.

Toux par picotements dans le larynx, plus forte pendant le jour. La toux n'incommode pas pendant la promenade, mais réapparaît aussitôt le repos.

Peau. Eruption ortiée par tout le corps, avec foie entrepris. Démangeaisons un peu partout. Ictère, chez les enfants. Erysipèle avec fièvre, céphalalgie et transpiration augmentée.

Fièvre. Sensibilité à l'air, quel que soit le degré de chaleur. Froid interne et sensibilité à l'air, aggravés quand le sujet se découvre. Reptations nerveuses par tout le corps. Tête bouleversée par le froid ; face rouge et tuméfiée; paupières gonflées; grande prostration et léger délire. Violente fièvre, avec céphalalgie, face brûlante, sensation de froid intérieur et sensibilité à l'air.

III. — Thérapeutique.

Les gastrolithes ont été autrefois employés allopathiquement comme absorbants dans les aigreurs d'estomac. On les réduisait en poudre impalpable, et l'on en faisait des pilules : ils entraient dans la *confection d'hyacinthe* et dans la *poudre tempérante de Stahl.* Aujourd'hui les yeux d'écrevisses figurent encore au Codex: mais ils ne sont plus guère employés, sauf, peut-être, pour la confection de certaines poudres dentifrices.

Cet important médicament, absolument oublié par l'Ecole allothérapique, a été également négligé par les homœopathes. Sa sphère d'influence caractéristique s'exerce sur la peau, le système glandulaire et le foie, et un signe très précieux de son action constante dans une éruption ortiée en même temps que le foie est entrepris.

IV. — Clinique.

Urticaire et *fièvre ortiée. Démangeaisons à la peau.*

Diarrhée bilieuse. Coliques. Troubles de l'estomac.

Foie: douleur et sensibilité, selles argileuses. *Ictère* des enfants.

Croûtes de lait avec glandes lymphatiques hypertrophiées (scrofule).

Hypertrophie des glandes de la nuque chez les enfants et chez les vieillards.

Fièvre intermittente violente avec céphalalgie, face rouge et sensation de froid interne. — *Frissonnements.*

Erysipèle à phlyctènes.

Névralgies (reptations) et surtout *odontalgie.*

Tumeurs récentes.

Goutte des buveurs.
Albuminurie.

V. — MODE D'EMPLOI ET DOSES.

Teinture-mère faite avec des écrevisses vivantes écasées au mortier et alcool à 90°. Le médicament est spécialement employé aux dilutions élevées.

HOMARCUS
(Homard)

Bibliographie.

T.-F. ALLEN. *A Handbook of Materia medica.* Philadelphie, 1889.
J.-H. CLARKE. *A Dictionary et practical Materia medica.* Londres, 1900.
CUSHING. *Homœpathie Review.* III, 98.
HALLOCK. *Medical Advance*, XXII.

I. — GÉNÉRALITÉS.

Crustacé qu'on pêche sur les côtes de l'Océan Atlantique, le homard contient, dans une cavité située au plancher de sa bouche, un poison spécifique dont l'action est extraordinairement active.

II. — ACTION TOXIQUE.

Au cours du paragraphe suivant nous signalons les principales actions pathogénétiques de ce venin. Rappelons, dès maintenant, d'après Hallock, qu'une here après absorption de homard en salade, apparaît une démangeaison générale très vive, surtout aux extrémités inférieures, et principalement aux mollets, démangeaison brûlante, presque insupportable, qui ne s'améliore pas quand le sujet se

frotte, ni quand il se gratte. Cette démangeaison dure deux heures, et ne cède pas au bain chaud ou froid. Aussitôt qu'elle disparaît, les yeux, le nez et les oreilles commencent à gonfler, au point de provoquer l'occlusion des paupières et une forte tuméfaction des lèvres. Gorge tuméfiée et œdématiée, à rendre la respiration difficile, en même temps que salivation profuse. Après vingt-quatre heures, retour complet à la normale.

III. — Pathogénésie.

Symptômes généraux. Douleur dans une région quelconque pendant toute la journée; dans les yeux, dans diverses régions du corps et dans les membres. Sensation étrange partout, sans étourdissement; mais quand le sujet essaie de saisir le bouton d'une porte, il ne peut le faire promptement, et lorsqu'il l'enserre dans sa main, il est effrayé. Sensation de malaise; le sujet se croit incapable de mouvement, mais se trouve mieux en se mouvant. Sensation d'hébétement. Sensation d'énervement avec crainte de se mouvoir. Agitation. Pesanteur aggravée par la marche, améliorée après les repas.

Moral. Frayeur. Hébétude, Nervosité avec crainte de se mouvoir.

Sommeil. Le sujet s'endort sur sa chaise, après les repas. Agitation nocturne, somnolence après s'être couché, au point que les yeux en font mal; mais impossibilité de s'endormir, pendant longtemps. Insomnie pendant deux heures après s'être couché; agitation avec céphalalgie, douleurs dans le dos, l'estomac et les intestins. Réveil à minuit, après quelques minutes de sommeil, avec besoin pressant d'aller à la garde-robe, soulagé par émission de beaucoup de vents; puis après grand effort, selle abon-

dante et dure. Insomnie plutôt pendant la première partie de la nuit que pendant la dernière. Réveil de bonne heure avec impossibilité de se rendormir, en raison de douleurs surtout à la région épigastrique, dans le dos, aux bras, aux jambes; les jambes sont paralysées et douloureuses comme par un violent exercice et par le froid, très paralysées en se levant, quoique le sujet les sente bien. Réveil avec céphalalgie obtuse, brûlement à travers la poitrine semblant résider dans la plèvre; douleurs allant des poumons à l'omoplate, à la partie postérieure de l'épaule, à l'hypochondre et s'étendant au dos; brûlement aux jambes et aux pieds, surtout au-dessous des genoux; pieds tellement chauds qu'on ne peut pas les garder dans le lit; puis les douleurs s'étendent aux cuisses, tellement violentes, que le sujet croit trembler de partout ; il lui semble ne pas pouvoir se mouvoir, mais la douleur est soulagée par le mouvement. Impossibilité de se rendormir.

Tête. Céphalalgie le matin, parfois très vive, surtout à la région temporale. Vertige. Douleur frontale, exactement au-dessus des yeux, s'irradiant de là à l'occiput, plus grave à gauche, forçant à froncer le sourcil et à se frotter. Douleur vive aux tempes et à l'occiput, à la partie frontale de la tempe gauche.

Yeux. Douleur dans les yeux, dans l'œil droit, au-dessus de l'angle gauche. Douleur par l'attouchement. Douleur à l'œil gauche en se levant, plus tard à l'œil droit, comme si, subitement, quelque chose avait été soufflé dans les yeux. Picotements douloureux. Douleur dans le globe gauche, sans aggravation par la lumière. Paupières collées la matin. Œdème des paupières. Lacrymation profuse.

Oreilles. Fréquents élancements à travers le lobule de l'oreille gauche, forçant à la pincer.

Nez. Picotements dans la cavité nasale. Brûlement s'étendant à la gorge, après s'être levé. Sensation de mucus dans la narine gauche. Nez bouché le matin. Ecoulement aqueux par la narine gauche. Fréquents éternuements.

Bouche. Salivation profuse.

Gorge. Douleur vive, subite, s'irradiant du côté gauche de la gorge, à l'oreille. Cuisson et rougeur de la gorge; le fond semble couvert d'un dur mucus; constante accumulation de mucus au palais; le lendemain, les vaisseaux sont turgescents; mucus visqueux dans la bouche et à la gorge, douleur au côté gauche. Gorge sèche et endolorie au réveil; granulations, expectoration de goût salé. Sensation de raucité; brûlement; piliers postérieurs du voile du palais, grisâtres et recouverts d'une membrane ou de mucus tenace; vaisseaux turgescents là où il n'y a pas mucus ou apparence d'un dépôt. Tendance à tousser améliorée en ouvrant la bouche et en inhalant de l'air frais. Douleur à gauche, dans la gorge, l'oreille et la nuque, semblant plutôt siéger dans les muscles que sur la muqueuse. Brûlement à l'œsophage, à l'estomac et dans les intestins. Œdème de la gorge si violent que la respiration en est pénible.

Organes de la digestion. Eructations le matin. Douleur dans la matinée. Vive douleur après un léger déjeuner. Malaise à l'estomac, traversant le dos, plus sensible vers le rachis, durant parfois toute la journée, s'étendant vers les reins. Brûlement à l'estomac.

Douleur au diaphragme, dans l'hypochondre, à la partie inférieure du foie, à la rate, en dessous des fausses côtes.

Fréquents besoins passagers d'aller à la garde-robe. Alternances de diarrhée et de constipation, changeant tous

les trois ou quatre jours. Après quelques minutes de sommeil, réveil avec pressant besoin d'aller à la garde-robe, soulagé par l'émission d'une grande quantité de vents. Après grand effort, selle copieuse et dure (la nuit).

Organes de la respiration. Respiration difficile après s'être couché. Vive douleur à la partie postérieure du poumon gauche. Douleur à travers la poitrine, dans les côtés, dans le poumon droit, à travers le centre du poumon droit, dans le diaphragme et à travers l'omoplate. Malaise brûlant à droite de la partie inférieure du sternum; dans les deux côtés, avec difficulté de la respiration. Œdème intense de la gorge rendant la respiration impossible.

Pouls plein, roulant.

Organes sexuels masculins. Longtemps continué, le médicament provoque de l'excitation sexuelle chaque matin et dans la nuit.

Dos. Douleur exactement en dessous du diaphragme, dans l'omoplate. Douleur vive à l'épine iliaque supérieure gauche. Douleur vive, fugace, subite, au côté gauche, près du rein, forçant le sujet à s'asseoir.

Membres. Douleurs de broiement juste au-dessus du coude. Douleurs dans les bras, semblant siéger dans l'os à l'avant-bras et au poignet.

Douleur dans les cuisses, dans les jambes, dans les os, dans les genoux, dans l'articulation, dans les pieds. Les genoux sont pesants et tremblent. Sensation de paralysie à travers les articulations métatarso-phalangiennes.

Peau. Pustule à la face extérieure de la cuisse gauche. Démangeaisons dans diverses parties du corps, changeant de place. Picotements soudains. Prurit général, le plus souvent aux membres inférieurs, spécialement aux mollets,

suivi immédiatement, lorsqu'il disparaît, d'œdème des lèvres et de la gorge.

Fièvre. Froid partout, qui fait trembler. Pieds froids et humides; après, brûlants. Grande agitation et nervosité; mais le sujet hésite à se mouvoir, quoique le mouvement provoque une amélioration.

IV. — Thérapeutique.

Signalons comme effets caractéristiques de ce médicament : la vive inflammation de la gorge, avec œdème, un besoin pressant d'aller à la garde-robe, au milieu de la nuit, la fatigue en se levant et surtout le prurit. *Homarus* semble, en outre, avoir une action spéciale sur les os. Remarquons encore que le lait aggrave les phénomènes de malaise provoqués par le homard, ainsi qu'il résulte des expérimentations de A. M. Cushing (*Homœopathic Review*, III, 1906). Notons, comme également caractéristique la sensation qu'il est impossible de se mouvoir, malgré le soulagement que détermine le mouvement, ainsi que les aggravations nocturnes et du matin, au réveil.

V. — Clinique.

Douleurs dans le dos, dans les os, au foie, dans le poignet, au diaphragme, à la rate.

Céphalalgie, coryza, dyspepsie, flatulences.

Angine avec œdème. Granulations à la gorge.

Prurit. Paralysie nerveuse. Sommeil troublé.

VI. — Préparation et dosss.

L'Ecole homœopathique prépare une trituration, au moyen de sucre de lait saturé, avec le liquide épais, rou-

geâtre et corrosif situé dans une poche, au fond de la bouche de l'animal.

Les doses employées sont généralement les dilutions décimales.

LIMULUS CYCLOPS
(Pied de cheval)

Bibliographie.

T.-F. ALLEN. *Encyclopœdia.*

J.-H. CLARK. *A Dictionary of pratical Materia medica.* Londres, 1900.

I. — GÉNÉRALITÉS.

Ce crustacé vit sur les côtes de l'Amérique septentrionale.

II. — PATHOGÉNÉSIE.

Symptômes généraux. Dépression de l'intelligence et du corps. Grande faiblesse soudaine. Chaleur intolérable dans la matinée, vers midi. Tendance aux pandiculations, Sensation particulière d'intoxication. Fréquent afflux de sang à la face et sensation pénible de plénitude de la moitié droite du corps, spécialement dans les membres inférieurs.

Moral. Indifférence et confusion. Difficulté à se rappeler les noms.

Sommeil. Bâillements et faiblesse vers le soir. Sommeil avec insomnie pendant la journée. Sommeil mauvais pendant la nuit.

Tête. Confusion suivie d'assoupissement et de douleur à la face, en même temps que sensation obtuse par tout le

corps, spécialement à l'abdomen, où elle se complique le soir, d'une sorte de brûlement avec constriction. Garde-robe suivie de céphalalgie. Pression à la tête, sensation de chaleur à la partie droite du front. Pression intense profonde au côté droit de la tête, s'étendant vers le bas.

Yeux. Sensation de chaleur sur les yeux. Pression sur les yeux, profondément dans les os. Violentes douleurs tiraillantes vers le bas et en dehors, derrière le globe oculaire gauche. Larmoiement de l'œil droit.

Oreilles. Sensation d'obstruction; sensation de bouillonnement dans la profondeur de l'oreille droite.

Nez. Eternuement et coryza fluent. Ecoulement nasal après absorption d'un verre d'eau froide; sensation de chaleur à la face et par tout le corps, comme par fièvre, après un moment de picotement comme par transpiration avec peau moite.

Face. Traits de la face comme chez un moribond. Afflux de sang à la face. Douleur avec secousses dans le côté droit de la mâchoire supérieure.

Appareil digestif. Douleur rongeante dans les dernières dents du haut. Bouche pâteuse avec petites selles pâteuses, insuffisantes, le matin. Goût métallique provoqué par le médicament; goût douceâtre semblant venir des dents; goût pâteux s'étendant profondément au palais.

Toux de la gorge.

Pression à la pointe de l'estomac avec chaleur prononcée à la face. Renvois aqueux avec goût d'œufs pourris. Nausée avec sueur générale. Nausée mortelle; le sujet devient pâle et froid comme du marbre; vomissements continuels et diarrhée; traits tirés comme chez un moribond.

Abondante émission de gaz bruyants, très douloureux. Douleurs dans toutes les places de l'abdomen. Sensation

chaude et douloureuse dans l'abdomen. Chaleur brûlante et constriction à l'abdomen. Douleurs crampoïdes; coliques tranchantes avec sensation de chaleur. Sensation d'acide dans les intestins, qui semble causer tous les malaises de la région (sensation de gangrène et de brûlure).

Constipation. Selles dures et difficiles à évacuer, avec hémorrhoïdes consécutives. Brûlement et constriction à l'anus. Céphalalgie provoquée par l'effort. Garde-robe terminée par selle liquide.

Appareil respiratoire. Voix faible et enrouée avec toux et difficulté de la respiration. Toux soudaine et violente réveillant le sujet. Troubles respiratoires et dyspnée après avoir bu de l'eau. Particulière difficulté pour respirer profondément, quoique le malade s'étende, comme par empêchement au-dessous du diaphragme, comme par excès de plénitude.

Oppression, faiblesse et bâillements. Gonflement avec suffocation au milieu du thorax, derrière le sternum, coupant la respiration, et, éventuellement, devenant douloureux, comme par ondes dans l'aorte. Violente douleur en-dessous du sternum comme par tranchées, allant de haut en bas et de droite à gauche.

Organes sexuels. Brûlement au côté gauche du scrotum. Désir et pouvoir sexuels augmentés, avec difficulté d'émettre le sperme; absence d'éjaculation pendant le coït.

Dos. Douleur au bas du dos et aux lombes; sensation de brisement en se réveillant.

Membres. Faiblesse dans les membres. Sensation crampoïde. Violente douleur dans les métacarpiens droits, suivie de frisson et de froid avec céphalalgie au-dessus des yeux, puis retour de la douleur aux mains.

Sensation douloureuse de plénitude aux membres infé-

rieurs. Douleur de dislocation et de brisement aux articulations des hanches. Engourdissement et violente douleur aux talons, par la marche.

Peau. Démangeaisons brûlantes immédiates. Petites taches brûlantes à la face. Petites taches brunâtres aux faces dorsales des deux mains, comme s'il allait se produire des verrues. Eruption aux mains, spécialement à la face dorsale des doigts, de petites vésicules qui démangent. Eruption et démangeaison à l'épaule gauche et aux creux des deux jarrets, persistant pendant plus d'une semaine.

Fièvre. Froid avec constant écoulement nasal. Froid comme le marbre (choléra). Sensation de chaleur à la face et par tout le corps. Brûlement aux paumes de la main. Sueur générale avec nausée.

III. — Thérapeutique.

Afflux fréquent du sang à la face et plénitude douloureuse de toute la moitié droite du corps, ainsi que troubles gastro-intestinaux, parfois cholériformes, et gêne de la respiration, sont les caractéristiques de ce médicament.

IV. — Clinique.

Apoplexie; choléra; constipation; diarrhée; hémorrhoïdes et *affections cutanées*.

V. — Mode d'emploi et doses.

On prépare une trituration avec le sang desséché de l'animal. La troisième trituration est la plus usitée.

Scorpio
(Scorpion)

Bibliographie.

Calmette. *Annales de l'Institut Pasteur*, 1895.
J.-H. Clark. *A Dictionary of pratical Materia medica*. Londres, 1900.
Joyeux-Laffine. *Appareil venimeux et venin de scorpion*. Thèse de Paris, 1883.
R. Kobert. *Lehrbuch der Intoxicationen*. Stuttgart, 1906.
Phisalix *et H. de Varigny. Recherches expérimentales sur la veine du scorpion*. Bull. du Muséum d'histoire naturelle, 1906.
M. Schwabe. *Pharmacopœa Homœopathica polyglotta*. Leipzig, 1880.

I. — Généralités.

On rencontre le scorpion dans toutes les contrées de l'Europe méridionale. En Afrique, en Australie et sous les Tropiques, vivent des espèces plus grosses, dont la morsure est plus redoutable que celle du scorpion d'Europe.

II. — Action toxique.

Nous avons, dans les *Considérations générales*, rendu compte d'après C. Phisalix et H. de Varigny des effets de la morsure du *Buthus australis*, indigène également en Tunisie et en Algérie.

La morsure du scorpion d'Europe ne serait, d'après Kobert, pas plus dangereuse qu'une piqûre d'abeille. Les morsures des scorpions tropicaux sont capables de déterminer la mort. Dans ces cas, il survient, rapidement, autour du siège de la morsure, une sorte de pseudo-érysipèle accompagné de douleurs lancinantes; il se forme des phlyctènes et de la lymphangite; la partie mordue devient livide, voire gangréneuse. Les phénomènes généraux sont:

vomissements, diarrhée, prostration, fièvre, syncopes; convulsions, même tétanos, délire et coma. La mort, chez l'homme, ne survient qu'après quelques heures, même après quelques jours. D'après Valentin, il s'agirait d'une paralysie centrale, tandis que Joyeux-Laffine insiste sur une action curaréiforme s'exerçant sur les extrémités périphériques des nerfs moteurs. La mort ne se produit-elle pas rapidement, il surgirait, d'après Launay, de la néphrite chez les animaux à sang chaud.

A l'autopsie, chez les hommes succombés à la suite d'une morsure, on constate au siège de la morsure, une énorme accumulation de sang, de la tuméfaction, des hémorrhagies et des foyers de suppuration très étendus. Parfois on rencontre de gros morceaux de tissus mous nécrosés, mais même dans des organes plus éloignés, il se produit parfois des extravasations sanguines.

La composition chimique de ce venin n'est pas exactement établie. Phisalix et H. de Varigny ont établi que le sang de *Buthus australis* n'est pas dépourvu de propriétés toxiques.

III. — Symptomatologie.

Symptômes généraux. Grosse tuméfaction de la partie mordue, avec violentes douleurs persistant de un à trois jours. Chaleur et douleur au siège de la morsure. Insomnie, élancements, agitation. Plus tard, abondante salivation, météorisme; finalement, trismus et tétanos. Prostration complète. Constamment douleur aiguë dans le membre mordu et diminution de la température.

Yeux. Pupilles dilatées. Léger strabisme.

Nez. Fréquents éternuements.

Face. Trismus.

Bouche. Salivation abondante.
Abdomen. Météorisme.

IV. — Thérapeutique et clinique.

L'Ecole homœopathique prépare une teinture-mère avec l'animal écrasé vivant. Le médicament n'a pas été essayé en atténuation. Il semblerait cependant indiqué contre la *salivation*, le *strabisme*, et le *tétanos*.

Contre la morsure on aurait constaté l'efficacité du *peroxyde d'hydrogène* (P. Bert, Regnard), de l'*ammoniaque* (P. Bert), de l'*hypochlorite de chaux* et de l'*eau de chaux* (Calmette). Eloigner le venin de la plaie et la laver avec de l'*ammoniaque* ou du *permanganate de potasse*. En Russie et en Italie, on écrase des scorpions dans l'huile d'olives et l'on frictionne la plaie avec ce liquide. Il sera bon de faire une ligature au-dessus de la plaie, pour empêcher l'absorption du venin.

Dr G. Sieffert.

CLINIQUE MEDICALE

Papillomes du larynx, cinq interventions chirurgicales sans résultat, guérison par Thuya.

Mme M., 33 ans, vient me consulter, le 4 mars 1907, pour une affection dont elle est affligée depuis six mois. De constitution robuste, elle a eu, il y a six ans, une pleurésie droite dont l'épanchement, peu abondant, s'est résorbé. Depuis cette époque, des enrouements fréquents se sont produits, mais, depuis six mois, elle est devenue progressivement aphone.

En janvier 1907, elle va consulter un spécialiste, qui lui déclare que son aphonie est due à la présence de papillomes ayant envahi son larynx, et une première intervention, consistant dans l'ablation des petites tumeurs au moyen d'une pince-curette laryngée, est pratiquée. Cette première opération, n'ayant pas donné grand résultat, est suivie de quatre autres semblables en l'espace de deux mois, et c'est alors que, lasse de souffrir sans obtenir la moindre amélioration, la malade se décida à essayer un traitément homœopathique. Mme M... est complètement aphone, et, comme elle est à la tête d'un commerce, elle songe à l'abandonner.

A l'examen laryngoscopique, on constate que le larynx est très hyperémié; les cordes vocales, très rouges et hypertrophiées, sont presque entièrement couvertes par de petits papillomes, qui ont envahi spécialement la région des arythénoïdes entravant presque totalement le jeu de ces cartilages, et la moindre émission de son est impossible.

A l'auscultation, on perçoit un peu d'obscurité respiratoire au sommet droit et quelques frottements pleuraux à la base, la toux est peu accusée. Devant l'insuccès de ces cinq interventions successives, et sur la demande de Mme M..., je lui conseille un traitement interne, et, en raison des symptômes vraisemblablement bacillaires et de l'état hyperémié du larynx, je prescris *Spong.*, première. 12 globules par jour dans 3 cuillerées d'eau, en 3 fois, avant le repas.

Le 15 avril, Mme M... se présente à ma consultation : l'aphonie persiste, mais son larynx s'est décongestionné, l'état général est meilleur, pas de modification dans le

nombre et le volume des papillomes. Je prescris *Thuya première*, 12 globules par jour, en 3 fois.

Le 27 mai, je revois la malade, et je constate que sa voix est un peu revenue; l'examen laryngoscopique révèle des modifications assez sensibles: la corde vocale gauche est visible dans presque toute sa longueur et les papillomes de la région aryténoïdienne gauche ont sensiblement diminué de volume. La corde vocale droite est peu dégagée. Je prescris encore *Thuya première*, après un repos d'une semaine.

Pendant 18 mois je n'ai plus aucune nouvelle de Mme M... Elle revient me consulter, le 7 décembre 1908, pour sa fille, et je suis tout surpris du timbre normal de sa voix; elle me dit l'avoir retrouvée intégralement dès les premiers jours d'août 1907, c'est-à-dire deux mois après sa dernière visite et n'avoir pas eu le moindre enrouement depuis cette époque.

J'examine son larynx, et le trouve normal: Thuya pris pendant trois mois avait amené la guérison.

Dr A. Noack, de Lyon (*Le Propagateur de l'homœopathie*, 31 décembre.)

Cas clinique.

Congestion cérébrale chronique suivant un choc du cerveau. Guérison par melilotus. — (Stanley Wilde, *The Brit. hom. review*.)

Mme P..., âgée de 40 ans, était debout sur une chaise quand elle eut un étourdissement, tomba à la renverse et se frappa le derrière de la tête contre le bord d'une table. Elle perdit connaissance et quand je la vis, elle présentait

tous les signes d'une commotion cérébrale. Le choc avait été amorti par son chignon, de sorte qu'elle n'avait pas de lésion du cuir chevelu, ni d esigne de contusion. La malade était une femme délicate, toujours plus ou moins anémique, avec un cœur faible et une tendance à des attaques de syncope. *Arnica* I déc. fut prescrit, avec des compresses d'*Arnica* sur la tête, et des bottes chaudes aux pieds. Elle reprit connaissance au bout d'une demi-heure et se plaignit beaucoup de céphalée.

Ce mal de tête devint plus ou moins persistant et chronique, d'un caractère violent, battant, à éclater, principalement occipital, mais généralisé, faisant penser à la malade qu'elle allait devenir folle. Les remèdes donnés pendant une période de plusieurs mois furent *Acon.*, *Bellad.*, *Glonoïn.*, *Gelsem.*, *Silica*, *Acide picric*. *Calc. carb.* Ils ne donnèrent de soulagement que partiellement et temporairement, *Glonoïn.*, étant particulièrement utile comme palliatif, pendant les paroxysmes intenses, mais les symptômes de la tête persistaient et rendaient la malade complètement inapte à ses devoirs domestiques; elle montrait une grande irritabilité de caractère, spécialement avec ses enfants; elle ne pouvait supporter le bruit, et était incapable de lire ou d'écrire sans avoir une aggravation considérable de ses symptômes. Elle dormait mal et parfois craignait de devenir folle.

Des fomentations très chaudes sur l'occiput donnaient du soulagement, et la révulsion à la nuque avec de l'acide acétique produisait une amélioration temporaire. Mais il n'y eut pas de bénéfice marqué jusqu'au moment où je prescrivis *Melilotus* I déc.

Ce médicament produit des symptômes qui dénotent un fort engorgement des vaisseaux cérébraux, avec céphalée

battante terrible comme si la tête allait éclater, face très rouge, et tendance aux épistaxis.

Cela rappelle *Bellad.*, mais Clarke, dans sa *Matière médicale*, différencie le mal de tête des deux remèdes en ce que *Melilotus* a la diminution en étant couché et par l'application de vinaigre, tandis que *Bellad.* a l'aggravation par ces moyens. Ma malade était certainement soulagée par l'*Acide acétique*, et la tête était mieux dans la position couchée qu'assise. La face était rouge pendant les paroxysmes de céphalée. A partir du moment où elle commença de prendre *Melilotus*, la céphalée devint moins intense et moins fréquente, et en quelques semaines cessa entièrement. Les effets de la chute avaient duré près de dix-huit mois.

Dr PAUL TESSIER.

ETIOLOGIE

LA CONTAGION DE LA TUBERCULOSE. NOUVELLES EXPÉRIENCES DE M. CALMETTE.

Le problème de la contagion de la tuberculose est plus que jamais à l'ordre du jour, M. Calmette vient de publier dans la *Presse Médicale* (23 décembre 1908), un travail qui à propos de faits déjà connus, soulève et résout la question de la prédisposition définie nécessaire pour contracter la tuberuclose, celle de l'immunité naturelle ou acquise. Ce travail est uniquement un travail de laboratoire et s'il jette une certaine clarté sur le mécanisme de la tuberculose provoquée par voie stomacale chez les animaux, il ne prouve absolument rien sur la question la plus im-

portante: la contagion ou la non-contagion de la tuberculose chez l'homme.

Les expériences de M. Calmette ont démontré que les produits tuberculeux finement émulsionnés, introduits dans les voies digestives déterminaient une tuberculose expérimentale différente chez les animaux jeunes et les animaux adultes.

Chez les animaux jeunes, le bacille traverse les parois de l'intestin, pénètre dans les ganglions mésentériques et y est retenu. Il évolue dans ces ganglions et c'est seulement quand ils sont ramollis que les bacilles sont portés par les voies lymphatiques dans la grande circulation. A ce moment, ils se localisent, le plus souvent, dans les ganglions bronchiques. Chez l'animal adulte, la structure des ganglions mésentériques ne leur permet plus d'arrêter le bacille dans sa marche. Il se répand donc dans la circulation et se localise, le plus souvent, dans les ganglions bronchiques et dans le poumon. Dans des cas plus rares, le bacille de la tuberculose se localise sur une séreuse, une articulation, un os. Dans un cas c'était sur l'iris, localisation qui ne s'explique que par la disposition du sujet à être malade d'une certaine manière.

Voilà, dans leurs grandes lignes, les phénomènes produits par l'ingestion de matières tuberculeuses. De ces expériences nous retiendrons les caractères spéciaux de la tuberculose, déterminée par voie d'ingestion. Ces caractères diffèrent chez l'adulte et les jeunes sujets; quand l'ingestion est à doses petites et non répétées, elle détermine une immunité plus ou moins longue et permet de constater chez certains individus une immunité naturelle.

Lorsque les doses sont fortes et répétées, les animaux d'expériences, cobaye ou lapin, succombent pour la plu-

part, avec des symptômes bien connus. Ceci est peu intéressant.

Si la dose de produits tuberculeux est petite et surtout n'est pas répétée, un certain nombre d'animaux après avoir présenté les chances d'inoculation et subi un certain degré de fièvre d'amaigrissement guérissent, et dans ce cas présentent une certaine immunité à des injections intra-veineuses qui tuent les témoins par une granulie suraiguë. Chez un certain nombre d'animaux en expérience les bacilles de la tuberculose disparaissent complètement après plusieurs mois. Ceux-là sont complètement guéris. Chez d'autres, la guérison n'est qu'apparente; le bacille est conservé vivant et virulent dans l'organisme et au bout de quelques mois l'animal qui semblait guéri est repris d'accidents aigus et meurt tuberculeux.

Si intéressants que soient ces faits de laboratoire, ils n'ont point d'application pratique. S'il est certain, par exemple, que de petites doses de produits tuberculeux introduites par la voie digestive vaccinent pour un long temps le cobaye et le lapin, qui oserait jamais appliquer cette technique à l'homme, si on veut bien se rappeler, que parmi les animaux en expériences un certain nombre conservent des bacilles vivants à l'état virulent, et qu'après plusieurs mois, ils périssent tuberculeux.

Ce fait si remarquable de l'immunité plus ou moins comphète, plus ou moins longue, conférée aux animaux par l'ingestion de produits tuberculeux, éclaire et confirme ce que la clinique nous a enseigné depuis longtemps, sur l'espèce de vaccination que la tuberculose externe exerce sur les tuberculoses viscérales.

Ce qui manque surtout au travail de M. Calmette, c'est la démonstration de la contagion ou de la non-contagion

de la tuberculose. Que le bacille de Koch soit transmissible par les procédés de laboratoire, qui en a jamais douté? Mais ces procédés de laboratoire ne se rencontrent pas dans la vie sociale, et en particulier les conditions qui rendent la tuberculose transmissible par les voies digestives ne se rencontrent que dans le laboratoire, surtout si, comme M. Calmette, on élimine le lait comme agent de contagion. En dehors du lait, qui s'est jamais amusé à émulsionner finement un produit tuberculeux pour le faire prendre à un enfant. ? C'est donc un pur procédé de laboratoire. M. Colin a prouvé, en effet, par ses expériences, qu'on pouvait faire ingérer à un animal des produits tuberculeux en grande quantité, mais non émulsionnés, sans transmettre la maladie, ce qui démontre bien que la transmission de la tuberculose par les voies digestives exige une technique spéciale, une émulsion comme dit M. Calmette, sans quoi le bacille n'est pas absorbé. Il me semble qu'on pourrait conclure de ces travaux de laboratoire que la transmission de la tuberculose par voie digestive est absolument impossible dans les conditions sociales ordinaires, à moins qu'on ne veuille admettre que cette transmission se fasse par le lait.

Pourquoi M. Calmette renonce-t-il à la transmission de la tuberculose par le lait ? Est-ce qu'il aurait reconnu avec Koch, Klumperer et d'autres, que la tuberculose bovine ne se transmet pas à l'homme ? C'est, suivant nous, la seule raison qui permette de nier le lait tuberculeux comme mode de transmission de la maladie. Est-il nécessaire d'ajouter que si la transmission de la tuberculose chez l'homme se faisait par les voies digestives, chez l'enfant, la tuberculose serait toujours nécessairement mésentérique, puisque les faits de laboratoire démontrent que chez les jeunes ani-

maux le bacille tuberculeux est toujours retenu par les ganglions mésentériques.

Or, en clinique, ce fait est absolument faux.

Et cependant, l'opinion contagionniste, nous devons l'avouer, est certainement encore la plus répandue. Nous pensons que cette erreur est due principalement à l'influence des travaux de laboratoire. La transmission de la tuberculose chez les animaux prédisposés, cobaye et lapin est si constante, si facile, que ce résultat pèse d'un poids énorme sur l'esprit des médecins. La contagion expérimentale est si facile, qu'on conclut à tort à la transmission clinique. Si on veut s'affranchir de ces idées préconçues sur la contagion, il faut concentrer ses études sur les faits cliniques. A cette clarté, la fantasmagorie sur la contagion par le lait et par la viande, les romans sur les infirmiers de sanatorium et les cohabitations avec tuberculeux ne tardent pas à s'évanouir. D'un autre côté, les statistiques si nombreuses qui établissent la rareté de la phtisie chez les conjoints (3 p. 100), l'absence démontrée de contagion dans les sanatoriums, l'hérédité par le père, la mère restant indemne, enfin l'histoire des phtisies dans les familles, démontrent que la tuberculose est une maladie familiale, héréditaire et dont l'hérédité suit les mêmes lois que la syphilis et la lèpre.

Retenons donc du laboratoire la pathogénie des différentes affections tuberculeuses suivant le mode d'introduction du bacille, suivant les âges, suivant l'espèce animale, et n'oublions pas que lorsque la maladie se développe spontanément elle est soumise aux lois de la *prédisposition définie* qui règle ses formes, ses localisations, sa marche et explique les immunités acquises ou naturelles.

Dr P. Jousset.

De l'action de la lumière sur le bacille de Koch.

On admet généralement que la lumière a une action microbicide puissante, et qu'elle constitue le meilleur et le plus sûr des désinfectants. On sait bien dans les laboratoires que les cultures du bacille de Koch deviennent facilement stériles quand elles sont exposées à la lumière. Mais au point de vue de l'hygiène publique et de l'étiologie de la tuberculose, ces faits n'ont aucune importance ; les cultures pures ne se rencontrent que dans les laboratoires et ne peuvent servir à défendre les doctrines contagionnistes. La question pratique est ailleurs : que deviennent les expectorations des tuberculeux ? Dans quelles conditions et au bout de combien de temps deviennent-elles stériles ?

Dans le crachat tuberculeux le bacille de Koch est emprisonné dans un mucus épais et visqueux qui lui sert de véhicule et qui le défend plus ou moins longtemps contre les causes de destruction.

La dessication complète d'un de ces crachats ne suffit pas à le rendre stérile et ces poussières sont encore inoculables au cobaye. C'est dans ces circonstances que nous avons abordé la cause de la stérilisation des crachats et du temps pendant lequel cette cause devait être appliquée pour arriver à une stérilisation complète,

Nos expériences ont démontré que la lumière solaire et la lumière diffuse rendaient un crachat entièrement stérile après une durée de quarante-huit heures. Remarquons d'abord que, comme il n'existe pas dans nos pays quarante-huit heures de soleil, ni même de lumière diffuse pour qu'un crachat soit exposé quarante-huit heures à l'action

du soleil ou de la lumière diffuse, il faut compter plusieurs jours. Voici un résumé de nos expériences.

Nous avons pris quatre lots de cobayes et aux deux premiers lots nous avons inoculé les crachats exposés pendant vingt-quatre heures, les uns à la lumière directe du soleil, les autres à la lumière diffuse. Les cobayes inoculés avec les crachats exposés au soleil sont morts, l'un six mois après l'injection, avec un foie granuleux, une rate hypertrophiée contenant des bacilles de Koch, par conséquent tuberculeux; et son compagnon, qu'on fut obligé de tuer après onze mois, ne présentait aucune lésion, pas de ganglion d'inoculation, pas de rate hypertrophiée, pas de baiclle de Koch, et n'était donc pas tuberculeux.

Les cobayes inoculés avec des crachats exposés à la lumière diffuse pendant vingt-quatre heures sont morts l'un après trois mois, l'autre après sept mois, présentant de nombreuses granulations tuberculeuses. D'où il faut conclure que la lumière diffuse a eu une action moins stérilisante que la lumière solaire.

Les cobayes du troisième lot ont été inoculés avec des crachats exposés quarante-huit heures à la lumière solaire. Le numéro 1 sacrifié au bout de huit mois ne présentait aucun signe de tuberculose. Le numéro 2 fut pris au quatrième mois d'un mouvement fébrile intense et d'un vaste abcès putride qui amena sa mort; le pus ne contenait que des streptocoques; la rate était normale; l'animal ne présentait aucune lésion tuberculeuse.

Les cobayes du quatrième lot inoculés avec des crachats ayant subi quarante-huit heures la lumière diffuse ont été sacrifiés et n'ont présenté aucun symptôme ni aucune lésion tuberculeuse.

Les cobayes témoins sont tous morts avant le troisième mois avec de nombreuses lésions tuberculeuses.

Il résulte de ces faits que la lumière diffuse est moins énergique que la lumière solaire comme le démontrent les inoculations faites après vingt-quatre heures de lumière solaire.

Mais quarante-huit heures de lumière solaire et de lumière diffuse stérilisent absolument les crachats tuberculeux. (*Art médical*, tome XCIV, n° 209 et *Société de Biologie*, 27 octobre 1900.)

Ces expériences nous font comprendre pourquoi les poussières recueillies dans les lieux habités par les tuberculeux n'ont jamais dans les très nombreuses expérimentations de Kelsch, réussi à reproduire la tuberculose. Ces poussières contiennent certainement des parcelles de crachats desséchés mais l'action de la lumière leur a enlevé toute propriété pathogène.

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIETES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Rapport de M. Raymond sur un travail de M. Marinesco (de Bucarest): Deux cas de sclérose en plaques améliorées par la radiothérapie. — (*Séance du 5 janvier.*)

La radiothérapie a, dans quelques cas, amélioré très notablement les symptômes de la sclérose en plaques. Ce sont surtout les troubles du mouvement qui ont été heureusement modifiés par ce moyen thérapeutique.

Voici la technique indiquée par l'auteur, technique qui met complètement à l'abri de tout accident : « Le nombre des séances a varié entre six et seize ; elles ont été pratiquées, tous les deux jours, au niveau de la région lombaire. Le temps d'exposition était de 7 à 10 minutes, la distance du sujet au foyer de 15 centimètres et l'intensité de 1 milliampère. La quantité de rayons correspondait à 5 *h.* et la qualité à 7,5 jusqu'à 8. » Chez aucun des malades traités, on n'a observé de troubles cutanés.

Les faits d'amélioration par radiothérapie sont encore très rares, et il existe un certain nombre de cas restés absolument rebelles.

D'après M. Raymond, il ne faudrait pas compter sur un succès dans la sclérose en plaques endogènes, mais réserver ce moyen pour la sclérose en plaques myélitiques dues à une intoxication ou une infection, les rayons X exerçant en vue de leur destruction une action élective sur les cellules jeunes d'un processus histologique.

RAPPORT DE LA COMMISSION, SUR L'EMPLOI DES COMPOSÉS ARSENICAUX EN AGRICULTURE, CONSIDÉRÉ AU POINT DE VUE DE L'HYGIÈNE PUBLIQUE. — (*Séance du* 5 *janvier.*)

Nous nous bornons à rapporter les conclusions, ayant déjà parlé de ce sujet l'année dernière.

I. — L'emploi de l'arséniate de plomb pour la destruction des insectes en agriculture est prohibé.

II. — L'emploi des composés arsenicaux solubles (arsénites, arséniates alcalins) pour la destruction des insectes en agriculture est prohibé.

III. — L'emploi des bouillies arsenicales insolubles ou

peu solubles, au cuivre, est autorisé moyennant l'exécution des conditions suivantes :

1° Le traitement aux bouillies arsenicales ne sera effectué que pendant la première période de la végétation, laquelle est, d'ailleurs, celle qui correspond d'ordinaire à l'invasion des insectes ;

2° Les bouillies seront dénaturées par une substance de couleur intense, choisie de façon à ce qu'on ne puisse les confondre avec une matière alimentaire ;

3° Une instruction minutieuse sera établie à l'usage du personnel chargé du travail des champs ;

Elle sera inscrite en caractères apparents sur une feuille de papier placée dans le paquet contenant le vase où est enfermée la préparation. Ce vase portera l'étiquette rouge et noire, avec le mot « Poison ».

Coagulation et décoagulation du sang dans les veines. Prophylaxie de la thrombose et de l'embolie. — (M. Chantemesse, *séance du 12 janvier*.)

Il est démontré expérimentalement que l'acide citrique et les citrates ont une action qui diminue la coagulabilité du sang, et qu'au contraire, les sels de chaux ont la propriété d'augmenter cette coagulabilité,

On serait donc tenté de conclure qu'en clinique, on peut lutter contre l'excès de coagulabilité qui fait les thromboses et les phlébites, et contre la diminution de la coagulabilité qui fait les hémorrhagies.

Nous devons dire qu'un commencement de preuves cliniques a été fourni par Wright, et MM. Chantemesse, Netter et Knapp. Mais au point de vue de la médecine pratique, nous devons attendre une démonstration plus complète.

LA FIÈVRE TYPHOIDE A TOULON DANS LES MILIEUX MARITIME ET MILITAIRE. ETIOLOGIE ET PROPHYLAXIE. — (M. BERTRAND, correspondant national, *séance du* 12 *janvier*.)

La fièvre typhoïde est endémique à Toulon et cette endémie dépend presque exclusivement des mauvaises conditions des eaux de boisson. Chaque année, dans les mois de la grande sècheresse, l'endémie subit une poussée qui est en rapport direct avec l'abaissement du niveau de la nappe souterraine et une modification fâcheuse dans la qualité des eaux potables. L'insalubrité des eaux s'explique par la *fécalisation* du sol et du sous-sol en ville et dans la banlieue. Cette fécalisation du sol tient aux mauvais procédés de vidange qui font de la rue et des ruisseaux qui la traversent un vrai dépotoir; et en banlieue à l'*épandage* sur des terrains de culture maraîchère.

Les eaux qui méritent le nom de *potables* existent à Toulon. Mais elles ne sont distribuées qu'après leur mélange et leur contamination par des eaux de qualité inférieure, en sorte que l'examen bactériologique de ces eaux permet d'y constater toujours la présence du bacille d'Eberth et surtout une multiplication considérable du colibacille. Cette flore microbienne s'accroît considérablement quand la sècheresse de la saison chaude diminue beaucoup la quantité de l'eau.

Cette insalubrité, constatée dans la ville de Toulon, a fini par surexciter les efforts de l'hygiène publique qui arrivera certainement à atténuer beaucoup les mauvaises qualités des eaux potables. Une canalisation bien faite, un captage meilleur et plus étendu, permettant de distribuer dans les maisons l'eau non-contaminée, abaissera bientôt le chiffre de la morbidité par fièvre typhoïde. Des travaux

de voirie considérables sont entrepris et menés activement et nous ne doutons pas de l'assainissement prochain de la ville de Toulon.

Dr P. JOUSSET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I

SYPHILIS TRACHÉO-BRONCHIQUE.

(*Séance du 27 novembre* 1908). — M. GALLIARD a eu l'occasion de soigner une femme de 40 ans, dont il connaissait heureusement le passé pathologique. Cette femme avait été atteinte dix ans auparavant de la syphilis et elle ignorait complètement la nature de son mal; comme elle ne portait aucun stigmate de syphilis, tout autre médecin aurait pu méconnaître le diagnostic.

Cette malade vint, au commencement d'octobre 1907, voir le Dr Galliard pour un refroidissement, suivi de bronchite, contracté au bord de la mer; elle toussait, crachait des mucosités non-sanguinolentes et éprouvait un peu de dyspnée; voix cassée, sans raucité spéciale; amaigrissement et perte des forces.

La percussion et l'auscultation ne fournissaient aucun renseignement précis; traitement par la révulsion, des balsamiques et des pilules de protoiodure de mercure.

Au bout de quinze jours, la malade qui n'avait pas pris ses pilules, était peu améliorée. A l'auscultation, diminution considérable du murmure vésiculaire au sommet gauche, en avant, sans matité, ni souffle. Pas de ganglions cervicaux, pas de signes d'anévrysme de l'aorte. La voix

étant assez bien conservée et un spécialiste n'ayant rien trouvé au larynx, M. Galliard s'arrête au diagnostic de gomme syphilitique de la bronche gauche; trois injections intra-musculaires d'huile grise à une semaine d'intervalle.

Le 7 novembre, dans la soirée, la malade est prise de suffocations: face cyanosée, lèvres bleuâtres, veines du cou gonflées; le murmure vésiculaire étant supprimé des deux côtés; injection intramusculaire de biiodure de mercure de 0 gr. 02.

Cette injection fut renouvelée tous les jours pendant douze jours; au bout de ce temps la malade se sentait si bien qu'elle voulait cesser tout traitement.

Quelques injections encore en novembre, puis fin janvier et jusqu'en avril, contribuèrent à compléter la guérison qui a persisté depuis.

M. Galliard conclut que la syphilis du larynx et l'anévrysme aortique étant éliminés, il ne peut hésiter qu'entre l'*adénopathie* comprimant la bifurcation trachéo-bronchique et surtout la bronche gauche, et l'*infiltration gommeuse trachéo-bronchique*. L'absence d'adénopathie cervicale et la rapidité de la guérison sont en faveur de ce dernier diagnostic.

II

La stéarrhée et l'hypostéatolyse (syndrome coprologique) dans le diagnostic des affections biliaires et pancréatiques.

M. René Gaultier présente à la Société un exposé très complet de sa méthode d'examen des fèces, donnant des indications pour le diagnostic des affections biliaires et pancréatiques.

Nous en donnerons une analyse aussi complète et aussi résumée que possible.

Cette méthode consiste à faire absorber à jeun autant que possible, ou au moins longtemps après l'absorption du précédent repas, un repas d'épreuve ainsi composé :

		Contenant séparément		
		Albuminoïdes	Graisse	Hydrates de carbone
		—	—	—
Pain blanc	100 gr.	7,06	0,46	52,56
Viande de bœuf	60 gr.	12,56	3,24	»
Beurre .... 20 à	30 gr.	5,00	24,93	»
Lait .... 300 à	500 gr.	17,30	18,00	22,40
Pommes de terre	100 gr.	0,65	0,08	10,00
Et au total		42,58	46,71	84,96

Pour distinguer les fèces provenant de ce repas on les colore en rouge en faisant absorber trois cachets de carmin (au commencement, au milieu et à la fin du repas).

On recueille la totalité des selles colorées en rouge et on les analyse en étudiant :

1° La durée physiologique de la traversée digestive ;

2° L'utilisation réelle de ce repas d'épreuve, c'est-à-dire :

α) Le rapport du poids des fèces sèches au poids des fèces fraîches ;

β) L'utilisation quantitative et qualitative des graisses (partie la plus originale et la plus essentielle de notre modèle);

γ) La réaction des fèces ;

δ) L'examen macroscopique et microscopique des produits pathologiques de l'intestin ;

ε) Accessoirement l'utilisation des hydrates de carbone

l'utilisation des albuminoïdes (que nous négligeons à l'heure actuelle) et enfin l'examen bactériologique des fèces.

Le Dr Gaultier rapporte avec analyses à l'appui un certain nombre d'observations d'affection du foie et du pancréas et il conclut de la manière suivante :

I. — *Syndrôme coprologique d'individus atteints d'affection du foie.*

Quand il y a abondance ou diminution de bile dans l'intestin :

1° La durée de la traversée digestive est allongée, et cela dans des proportions variables avec cette diminution ;

2° Le rapport du poids des fèces sèches au poids des fèces fraîches est modifié; il y a diminution de la quantité d'eau avec augmentation du poids des substances riches ;

3° La réaction des fèces est acide ;

4° La quantité des graisses d'un repas d'épreuve est beaucoup moins bien utilisée: plus d'un tiers est, en effet, excrété, et cela sous une forme différente de la normale, puisqu'il y a moitié plus de graisses neutres par rapport aux graisses dédoublées, acides gras et savons.

II. — *Syndrôme coprologique des individus atteints d'affections pancréatiques.* — L'absence d'apport du suc pancréatique dans l'intestin se manifeste de la façon suivante :

1° Durée de la traversée digestive raccourcie ;

2° Augmentation de la quantité d'eau des fèces et diminution du poids des substances sèches;

3° Réaction neutre ou alcaline par putréfaction des albuminoïdes non digérés ;

4° Avec un repas d'épreuve, la quantité de graisses des fèces est considérablement augmentée; plus des deux tiers

des graisses alimentaires ne sont pas utilisés, et, parmi ces graisses excrétées, on retrouve près des trois quarts de graisses neutres non dédoublées.

III

Deux cas de fièvre de Malte observés aux environs de Paris.

(*Séance du 4 décembre*). — M. Danlos a eu, aux environs de Paris, un de ses amis et son jardinier, atteints d'une affection fébrile prolongée, bénigne, caractérisée par un mouvement fébrile rémittent, considéré comme une fièvre typhoïde par le médecin traitant.

Cependant, la longue durée de la maladie, sa tendance aux rechutes, l'absence de céphalalgie, de saignement de nez, de diarrhée, de taches lenticulaires, d'agglutination, laissaient un doute au Dr Danlos. En outre, ce malade, dans un but humanitaire, voulant propager l'usage du lait de chèvre, avait réuni un grand troupeau, provenant d'Espagne, de Suisse, d'Asie, et quelque temps avant le début de ces deux cas de fièvre, il y avait eu sur les chèvres une épidémie assez grave (ayant fait une vingtaine de victimes).

M. Danlos pensait à une maladie communiquée par les chèvres, lorsqu'il rencontra le Dr Chantemesse, auquel il raconta son histoire. Ce dernier lui dit qu'il existait une maladie bien connue, la fièvre de Malte, déterminée par le micrococcus melitensis pouvant exister chez l'homme et chez la chèvre.

Les docteurs Wurtz et Tanon voulurent bien faire des recherches à l'Institut Pasteur et ils reconnurent que :

1° Le sang des deux prétendus typhiques n'agglutine pas l'Eberth; donc pas de fièvre typhoïde;

2° Le sang n'agglutine pas non plus différentes espèces de B. paratyphiques; donc pas de paratyphoïde ;

3° Il agglutine, dans les conditions réputées caractéristiques par les auteurs compétents et, en particulier, par le Dr Nicolle, de Tunis, les cultures du micrococcus melitensis; donc existence démontrée de la fièvre de Malte.

Quant à l'origine de celle-ci, c'est évidemment la contamination par les chèvres, soit contamination par contact, soit plutôt par l'usage du lait.

La preuve de cette filiation nous est fournie par l'examen du sang des chèvres guéries. Elles sont au nombre de quatre, et le sang de trois d'entre elles agglutine au titre voulu le micrococcus melitensis.

M. Danlos a tenu à signaler ces cas, qui pourraient se rencontrer à nouveau.

M. Rist ajoute que cette maladie étant assez fréquente en Tunisie et en Algérie, rien n'empêcherait que des malades de cette provenance viennent se présenter à notre observation.

La forme du mouvement fébrile et sa longueur pourra faire craindre la tuberculose. Dans un cas qu'il a observé un pseudo-rhumatisme infectieux a obligé à faire le diagnostic avec le rhumatisme articulaire aigu.

IV

Méningite cérébro-spinale chez une femme enceinte. Injections intra-rachidiennes de collargol. Guérison.

MM. Ménétrier et Touraine rapportent l'observation d'une femme de 28 ans, entrée à l'hôpital Tenon, le 26 mars 1908; céphalée depuis plusieurs jours; torticolis, léger tris-

mus, rachialgie, arthralgie dans les membres inférieurs, raideur de la nuque, signe de Kernig, photophobie et inégalité pupillaire, raie vaso-motrice, constipation; pas de vomissements.

Le 27 mars, ponction lombaire, donnant issue à 40 centimètres cubes d'un liquide dense, puriforme, grisâtre, injection de 2 centimètres cubes d'une solution de collargol à 2 p. 100, soit 0 gr. 04 de collargol.

Amélioration rapide, mais qui n'est que passagère. Le 29 mars, nouvelle ponction donnant écoulement à un liquide analogue et nouvelle injection de 0 gr. 04 de collargol.

L'amélioration est moins rapide, mais les jours suivants, elle s'accentue et la malade guérit complètement, bien qu'enceinte de quatre mois et dans un état de dépression.

Il est à remarquer que l'examen du liquide céphalo-rachidien, provenant des deux ponctions, n'a révélé la présence d'aucun microbe. Il existait un grand nombre de polynucléaires, paraissant normaux et des lymphocytes, dans la proportion de deux lymphocytes pour cinq polynucléaires.

La malade revue dernièrement, est accouchée à terme et se porte bien.

M. Ménétrier rapporte ensuite un autre cas de méningite cérébro-spinale chez un homme de 31 ans, traité par trois injections intra-rachidiennes de 0 gr. 05 chaque; le malade mourut assez rapidement; il s'agissait d'un alcoolique cirrhotique.

V

TRAITEMENT DE LA MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE SUPPURÉE. BAINS CHAUDS PROLONGÉS. PONCTIONS LOMBAIRES RÉPÉTÉES. COLLARGOL. EFFICACITÉ DU SÉRUM ANTIMÉNINGOCOCCIQUE.

(*Séance du* 11 *décembre*) — M. NETTER vient, dans un mémoire très détaillé et avec l'appui de nombreuses observations, faire l'exposé du traitement de la méningite cérébro-spinale.

Il a soigné, depuis dix ans, 32 cas à l'hôpital et 4 cas en ville avec 14 décès, soit 38,9 pour 100, ce qui est relativement peu, étant donné que dans le plus grand nombre des statistiques, la mortalité est de 60 à 80 p. 100.

Chez ces 36 malades, la ponction lombaire a révélé un épanchement purulent, dans lequel on a constaté le diplocoque de Weichselbaum.

Voici les traitements successifs employés par le Dr Netter :

1° *Traitement par les bains chauds et les ponctions lombaires.*

Ce traitement a été employé en 1899, 1900, 1901 et la première moitié de 1902.

Seize malades ont été traités avec 8 morts, soit exactement 50 pour 100;

2° *Traitement avec bains chauds, ponctions lombaires et collargol.*

Ce traitement a été employé de 1902 à 1908 sur 15 malades avec 9 morts, soit 40 p. 100;

3° *Traitement par le sérum antiméningococcique.*

En 1908, 5 malades avec 3 morts. Le nombre des cas est trop limité pour en tirer une conclusion ferme sur la va-

leur de ce sérum; nous verrons plus loin qu'à l'étranger il a produit des résultats très favorables.

M. Netter fait plusieurs remarques que nous devons signaler au point de vue du collargol. Il a employé d'abord ce médicament en frictions, puis il a fait des injections intraveineuses et enfin des injections intrarachidiennes.C'est surtout ces dernières injections qui ont été employées pendant ces dernières années.La statistique de M.Netter montre que le collargol paraît avoir mieux réussi en injections intraveineuses et même en frictions. Les injections intrarachidiennes lui semblent moins avantageuses et il explique ce fait, parce que les parois de la cavité cérébro-spinale sont peu perméables et s'opposent à la diffusion du médicament dans l'organisme. M. Sacquépée est arrivé à une conclusion analogue et dans le service de clinique du professeur Follet, à l'hôpital militaire de Rennes, il a obtenu par les injections intra-veineuses, 7 guérisons sur 7 cas.

M. Netter parle ensuite du sérum antiméningococcique, qui a été produit en Allemagne et en Amérique chez des chevaux inoculés avec des cultures mortes et vivantes du diplococcus de Weichselbaum.

Les résultats obtenus paraissent très convaincants. A l'hôpital de Ratibor, 30 malades sont injectés avec le sérum de Jochmann, 8 morts, soit 25 p. 100. (La mortalité dans le même hôpital, sans sérum, était de 53 p. 100.)

A l'hôpital d'Essen, Lévy en 1906 a eu 2 décès sur 17 malades, soit 11,76 p. 100; en 1908, 7 décès sur 43 malades, soit 16,27 p. 100. (La mortalité était de 60 p.100, chez les sujets non traités par le sérum.)

Le sérum de Flexner, employé en Amérique et en Angleterre, a donné 147 morts sur 442 malades, soit 33 pour

100, et, si l'on élimine 49 sujets moribonds au moment de l'injection, 25 p. 100 (chez les sujets non traités, la mortalité était de 73 p. 100).

On peut se procurer du sérum antiméningococcique à l'Institut Pasteur, où il est préparé par le Dr Dopter.

Non seulement ce sérum donne un plus grand nombre de guérisons que les autres modes de traitement, mais il abrège la durée de la maladie et on ne rencontre presque jamais après son emploi les troubles graves de l'ouïe, de la vue, les paralysies ou les atrophies musculaires, les troubles psychiques, l'hydrocéphalie, qui ont été si souvent notés à la suite de la méningite cérébro-spinale.

L'amélioration peut suivre de très près la première injection, ou bien elle ne survient qu'après un grand nombre d'injections.

« Il convient dans tous les cas, de commencer par injecter 20 ou 30 centimètres cubes et de répéter les injections tant que la température n'a pas suffisamment baissé, que les phénomènes locaux et généraux persistent. »

Ces injections doivent être intrarachidiennes.

Il paraît important de les faire le plus près possible du début de la maladie; voici un tableau emprunté à Flexner et Jobling, qui montre les avantages de cette pratique:

Début du traitement du 1er au 3e jour, 121 cas. Mortalité: 14.9
Début du traitement du 4e au 7e jour, 100 cas. Mortalité: 22
Début du traitement après le 7e jour, 107 cas. Mortalité: 36.4

VII

Diagnostic bactériologique de la méningite cérébro-spinale a méningocoques.

M. Dopter indique avec les plus grands détails les

moyens d'établir ce diagnostic, qui devient indispensable pour pouvoir permettre l'emploi du sérum antiméningococcique.

Nous ne pouvons reproduire ici les détails de ces opérations qui demandent à être faites par un bactériologiste très expérimenté.

VIII

Ulcère simple chronique de l'estomac chez l'enfant.

MM. Parmentier et Lasnier lisent deux observations d'ulcère simple chronique de l'estomac, qui ont évolué chez des enfants.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une petite fille qui a commencé à l'âge de 4 ans à avoir des vomissements répétés, persistant parfois pendant une quinzaine et s'accompagnant de douleurs épigastriques.

En décembre 1907, pendant une huitaine de jours, hématémèse de sang rouge.

Le 25 janvier 1908, elle entre dans le service du Dr Parmentier; l'enfant est chétive, petite, peu développée; elle se plaint d'une douleur épigastrique, irradiant parfois dans le dos, augmentée par la pression au-dessous de l'appendice xyphoïde, s'exagérant immédiatement après l'ingestion des aliments; les vomissements, qui calment les paroxysmes de la douleur, sont alimentaires.

Le régime améliora l'état de la petite malade, qui quitta l'hôpital au bout de neuf mois dans un état des plus satisfaisants.

La seconde observation a trait à une femme de 20 ans présentant des symptômes d'ulcère de l'estomac, symptômes qui avaient débuté vers l'âge de 7 ou 8 ans.

M. Parmentier fait, à l'occasion de ces observations et de 16 autres, qu'il a relevées dans la littérature médicale, une description de l'ulcère simple chronique de l'estomac chez les enfants.

IX

Pachyméningite hémorrhagique. Ponctions lombaires et injections de gélatine. Guérison.

(*Séance du* 18 *décembre*). — M. Legry a observé un malade de 66 ans, goutteux et d'une famille de goutteux, d'une très bonne santé habituelle.

Après quelques maux de tête pendant les six derniers mois de 1909, il est pris d'une crise de goutte en février 1908.

Le dimanche 8 mars, début d'une céphalée qui va en augmentant les jours suivants, puis s'accompagne de torpeur. Son intelligence est lucide lorsqu'on suscite un effort de volonté, mais dépression et torpeur, lorsqu'on le laisse tranquille; pas de paralysie, pas de contracture, pas de signe de Kernig.

La somnolence augmentant, consultation avec M. Chauffard, le 15 mars. Le soir, première ponction lombaire d'un liquide sanglant, donnant un culot abondant de globules rouges, avec liquide surnageant, jaune d'or; lymphocytose.

Amélioration, puis retour des accidents,

Ponctions lombaires successives les 18 et 21 mars, amenant un liquide de moins en moins sanglant. La somnolence persistant toujours avec des hauts et des bas, après une consultation avec MM. Lancereaux et Chauffard, injection sous-cutanée de 150 centimètres cubes de sérum

physiologique additionné de 1 gramme de gélatine pour 100, le 2 avril.

Le 4 avril, quatrième ponction lombaire, donnant un liquide légèrement jaune, sans culot apparent après centrifugation, très peu d'hématies.

Après une amélioration remarquable, rechute nouvelle et, le 11 avril, seconde injection de sérum gélatiné, semblable à la première.

Depuis ce moment, très rapide amélioration et guérison rapide.

La convalescence est interrompue par un œdème du membre inférieur gauche sans fièvre et assez rapidement disparu.

Il s'agissait, en somme, d'une pachyméningite hémorrhagique, ayant produit une hémorrhagie sous-arachnoïdienne reconnue par les ponctions lombaires. Il est à remarquer, au point de vue thérapeutique, que les ponctions lombaires n'ont produit que des améliorations passagères et que la guérison paraît avoir été amenée par les injections de sérum gélatiné.

Dr MARC JOUSSET.

SOCIÉTÉ DE THÉRAPEUTIQUE

LE POIDS DE PHILOTHION CONTENU CHEZ L'HOMME ADULTE.

Le philothion est la matière vivante qui entre en combinaison avec le soufre; c'est de l'albumine soluble dans l'eau pure et froide ayant dans sa constitution moléculaire des chaînes libres SH, probablement 4 par molécule; l'hydrogène de ces chaînes est l'hydrogène philothionique

doué de propriétés réductives. Le soufre absorbé thérapeutiquement agit sur le philothion en produisant de l'acide sulfhydrique H^2S.

Le muscle strié contient 3,5 pour 100 de philothion calculé à l'état sec, 11,7 à l'état frais. Le poids total chez l'homme est de 2 kg. 9; l'hydrogène philothionique pèse 0 gr. 550, et le soufre philothionique des chaînes SH est de 17 gr. 5. La médication par le soufre agit spécialement sur l'hydrogène philothionique, qu'elle enlève à la molécule de l'albumine, et la cellule est obligée de travailler pour reconstituer ses éléments...

Les petites doses en thérapeutique thyroidienne, par MM. L. Lévi et H. de Rothschild.

Les auteurs emploient 1 à 2 cachets par jour de 0 gramme 025 de poudre totale desséchée; il faut, disent-ils, employer ces petites doses:

1° Au début de la médication, car les doses moyennes peuvent alors susciter des troubles (période d'adaptation à la médication);

2° Dans certains cas de nervosisme, d'affolement bulbaire, de psychasténie, de migraines, de rhumatismes chroniques ;

3° A titre d'entretien ;

4° Dans des cas chroniques.

Fait paradoxal, ajoutent les auteurs, l'application du traitement à petites doses peut produire des effets que n'ont pas déterminés des doses moyennes et fortes.

Les eaux minérales, sérums artificiels, milieux vitaux.

M. Fleig a eu l'idée de faire des injections d'eaux minérales au lieu de sérum artificiel. Il ramenait ces eaux

minérales à l'isotonie lorsqu'elles s'en éloignaient, aussi a-t-il pu, chez des animaux, en injecter de grandes quantités sans effets nocifs, du moins pour des eaux de minéralisation banale. Il conclut même à la supériorité en thérapeutique de cette méthode sur celle des injections de sérum physiologique banal.

La bactériothérapie lactique a-t-elle une base vraiment scientifique ?

Il est actuellement à la mode d'ingérer des bouillons de culture de bacilles lactiques ou paralactiques. M. Palice, de New-York, a fait diverses expériences, d'où il conclut: 1° que le ferment lactique, par sa présence seule, ne diminue pas la virulence des matières fécales ; 2° que le lait aigri non stérilisé, préalablement, est plus virulent que le lait frais, dont il provient, et que ce lait n'a aucune influence inhibitoire sur la virulence des matières fécales, ni du crachat ; 3° que le lait aigri non neutralisé est virulent à petites doses quand il entre dans le sang, à cause de sa teneur en acide lactique.

Le traitement bactério-lactique est préconisé avec une diète hydro-carbonée. Ce régime en supprimant les albuminoïdes et enlevant au coli-bacille son milieu nutritif, serait le principal facteur des améliorations attribuées à cette thérapeutique.

La cure de plein large.

M. Laumonier. — L'action marine est très différente. suivant qu'elle s'exerce à proximité des côtes ou au plein large; dans ce dernier cas, l'air marin perd ses propriétés excitantes et congestives, tout en restant tonique, surtout

équilibrant. L'action excitante est due, en partie, à la configuration des côtes, à l'ampleur des marées, à l'irrégularité et à la violence des déplacements atmosphériques; les enfants délicats et les personnes nerveuses réagissent vivement et s'énervent à marée montante, sur les plages fortement battues, à rochers et à galets, et se montrent plus calmes à marée descendante et sur les plages de grands sables.

Au plein large, les conditions deviennent régulières et stables; la teneur de l'air en principes salins reste la même, les vents changent peu, la houle berce et endort, le bain d'air et de lumière contribue à maintenir ou à refaire l'équilibre fonctionnel. Il ne s'agit pas des grands paquebots à vie ultra-mondaine, mais des voiliers au long cours. L'auteur rapporte deux observations concluantes (neurasthénie et tuberculose).

La douche d'air chaud.

MM. Laquerrière et Dausset ont obtenu d'excellents résultats de la douche d'air chaud dans de nombreux cas de névralgies, de rhumatisme chronique, d'hydarthrose, d'eczéma, de raideurs articulaires, de télangiectasies consécutives au traitement radiothérapique; ils ont vu se cicatriser rapidement sous cette influence des plaies infectées à suppuration rebelle.

Imperméabilité rénale et opothérapie.

Le Dr Vialard rapporte les succès qu'il a obtenus dans des néphrites avec oligurie par l'administration de la macération de rein de porc; souvent, ce traitement fait diminuer ou disparaître l'albumine, améliore les symptômes

de brightisme, il peut même, dans certains cas, amener une guérison durable.

Mais l'opothérapie n'agit qu'après avoir provoqué une diurèse abondante qui s'observe presque toujours, tant que le parenchyme rénal n'est pas complètement détruit.

Sur un nouveau mode d'administration de la macération de rein dans l'imperméabilité rénale de cause toxémique.

Le professeur Renaut, qui continue à obtenir d'excellents résultats de l'opothérapie rénale, a modifié sa manière de l'administrer aux malades: quelquefois, en effet, le dégoût des patients est trop violent pour l'ingérer, ou bien ils peuvent être pris de vomissements de cause urémique. On peut donc administrer la macération en lavement: on triture trois reins frais de jeunes porcs, on broie directement le hachis dans un mortier avec 600 grammes d'eau salée à 6 p. 1000. On laisse macérer quatre heures à la glacière en été, puis on décante le liquide, on le passe au linge fin ainsi que le reste du hachis, qui donne encore un peu de liquide. On répartit la totalité du liquide en trois lavements, qui sont facilement gardés en se servant d'une sonde rectale longue. Les effets sont aussi bons qu'après l'ingestion buccale du produit.

La médication hypophysaire dans les cardiopathies.

MM. Louis Rénon et Arthur Delille. — Il est possible d'utiliser l'extrait d'hypophyse comme médicament cardiaque, en raison de son action sur l'élévation de la tension artérielle, sur le ralentissement du pouls et sur la diurèse.

La médication hypophysaire est indiquée dans le syn-

drome myocarditique aigu des toxi-infections, dans les affections mitrales, pendant les périodes d'hyposystolie, dans les myocardites chroniques avec dilatation du cœur et fléchissement du pouls. Dans les affections aortiques, cette médication est tout à fait contre-indiquée, car son usage peut être suivi d'accidents très graves d'hypertension. Dans un cas de tachycardie paroxystique avec hypotension, les auteurs ont vu l'extrait hypophysaire atténuer la durée des crises et les espacer.

La médication hypophysaire, dont l'indication majeure est l'abaissement de la tension artérielle, n'a pas sur l'arythmie plus d'action que la digitale. Elle ne remplacera jamais celle-ci, qui reste le roi des médicaments cardiaques. Par contre, dans les cas où la digitale ne réussit pas et dans les intervalles de son emploi, l'extrait d'hypophyse paraît avoir autant d'action que beaucoup d'autres médicaments cardiaques secondaires. Il n'a pas les inconvénients de l'adrénaline; les recherches de M. Parisot, les expériences personnelles des auteurs sur les animaux et celles de M. Carraro, ont démontré qu'il n'a pas sur l'aorte et sur les vaisseaux l'action nocive de l'extrait surrénal.

MM. Rénon et A. Delille ont essayé séparément, alternativement et simultanément, l'action de l'extrait du lobe antérieur, du lobe postérieur et des deux lobes réunis de l'hypophyse. Comme ils n'ont trouvé aucune différence nette entre l'emploi de l'extrait total et celui de l'extrait du lobe postérieur, comme la préparation de l'extrait total est plus facile, ils donnent la préférence à la poudre totale d'hypophyse.

Les doses les plus utiles paraissent osciller entre 20 et 40 grammes de poudre totale, dose que l'on doit rarement dépasser.

TRAVAIL DU CŒUR CALCULÉ D'APRÈS LA PRESSION VARIABLE.

M. PARISOT fait un exposé théorique très complet du calcul du travail du cœur. Il démontre que le travail du cœur correspond au produit de l'ondée sanguine (Pv) par la pression totale (Pt) et par le chiffre du pouls (N). Le résultat obtenu chez le sujet normal est de 5 kilogrammètres 670.

LES VOMISSEMENTS DU NOURRISSON AÉROPHAGE : PATHOGÉNIE ET THÉRAPEUTIQUE.

MM. A. LESAGE et G. LEVEN. — Le nourrisson est normalement aérophage alors que, chez l'adulte, l'aérophagie est toujours un fait pathologique.

La radioscopie met en évidence ces faits. Elle montre l'existence d'une variété de vomissements dûs, chez le nourrisson, à l'aérophagie excessive. Celle-ci se produit quand l'enfant, tétant mal, avale trop d'air pour la quantité de lait déglutie.

Cette aérophagie existe dans deux conditions différentes, à savoir: 1° avec un cardia perméable qui entre dans l'estomac et en sort avec la même facilité ; 2° avec un cardia atteint de spasme qui ne laisse plus s'échapper de l'estomac l'air qui y a pénétré.

Le traitement varie selon le mécanisme. Lorsqu'il y a spasme on diminuera l'entrée de l'air en donnant des tétées faibles et nécessairement rapprochées. Dans le cas contraire, on donnera des tétées fortes et espacées; le lait chassera l'air contenu dans l'estomac à mesure qu'il arrive dans sa cavité.

Dr PAUL TESSIER.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ALLEMANDS

De la névralgie, surtout faciale, et des principaux médicaments qui la guérissent, d'après le Dr Martens, de Lunebourg.

La névralgie exige qu'on envisage le cas dans tous ses détails, et avec les lumières de l'expérience, qu'on tienne compte des causes diverses, de la marche du mal, du régime à suivre, et de l'utilité des moyens auxiliaires externes, comme la chaleur, le massage, etc.

Aconit: névralgie causée par le refroidissement, surtout l'air froid et le vent sec, le vent d'est, le courant d'air. Afflux du sang à la tête, avec chaleur et rougeur de la face; douleur comme de coups, fourmillements, tiraillements d'un côté. Les accès se terminent par une sueur chaude, critique. Aggravation le soir et la nuit.

Actæa racemosa et *spicata :* Névralgie réflexe venant d'un état maladif de l'utérus et des ovaires. Tiraillement, déchirement du maxillaire supérieur, monolatéral, augmentant par le contact des muscles de la face. Douleurs allant jusque dans les joues, au sommet; chaleur au sommet du crâne.

Argentum nitric: douleurs périodiques, térébrantes, amoindries par un bandage serré autour de la tête. Pâleur, cessation subite des douleurs au paroxysme; elles s'accompagnent souvent d'un mauvais goût acide. Aggravation par le surmenage cérébral et l'insomnie. Convient aux malades nerveux.

Arsenicum album: douleurs térébrantes, brûlantes, du côté gauche, surtout la nuit, vers minuit. Aggravation par la position couchée sur le côté malade; amélioration en changeant de côté, et par la chaleur extérieure. En plein accès, il survient souvent des nausées et vomissements, puis des frissons. Névralgies de la malaria, et après le traitement à la quinine.

Belladone : vives névralgies, comme sécantes; face rouge à chaleur brûlante; sensation de constriction des os faciaux; mouvements convulsifs des muscles faciaux. Aggravation le soir et la nuit. Extrême sensibilité au froid.

Cédron: médicament très précieux. Douleur autour et à l'intérieur des yeux, surtout à gauche: brûlure dans l'œil comme du feu, revenant exactement à la même heure. Effluve de chaleur au visage, sèche, alternant avec un frisson,et pouls plein. A employer chez les nerveux,irritables, dans les climats chauds.

Colocynthis: vives douleurs avec élancements et brûlures. Augmentant par causes morales, la colère, la contrariété, le contact, les mouvements. Monolatérales, souvent accompagnées de gonflement facial, avec chaleur, rougeur d'une joue.

Hepar sulf. calc.: douleur surtout à droite, augmentant par le toucher. Hyperesthésie au froid, par les émotions même légères; même à la moindre douleur; pour l'air froid et sec est aussi utile qu'*Aconit.*Souvent les joues sont d'un rouge de feu, brûlantes; grande irritation nerveuse.

Ignatia: les points malades ressentent comme la pression d'un ongle qui pénètre, lourdeur pénible de toute la tête. Rougeur et pâleur de la face, alternantes. Aggravation par la position couchée sur le côté malade, par le café, l'alcool, le tabac, et même par les odeurs. Améliora-

tion par le changement de place. Sujets mélancoliques et affligés.

Mezereum: douleurs de compression, d'engourdissement dans les joues et le menton. Aggravation par la chaleur. La douleur est suivie de somnolence. Farrington l'emploie après les abus du mercure, quand il se produit de l'herpès.

Nux vomica: douleur faciale de tiraillements dans le menton avec fluxion d'un côté de la figure. Aggravation par les efforts de l'esprit et la sédentarité, puis, par toute émotion. D'où emportement violent, et hyperesthésie de tous les sens.

Platina: douleur de compression avec crampes, fourmillements. Début lent et graduel, suivi de diminution, aggravé par le repos, la chambre, le soir; convient surtout aux femmes et aux hystériques.

Pulsatille: accès de névralgie tensive; grande sensibilité de la peau du visage au toucher. Douleur qui se répand à toutes les parties. Le soir, la nuit, aggravation. La peau de la face sent comme une blessure.

Spigelia: un des meilleurs anti-névralgiques, douleurs brûlantes, frappantes, tiraillantes, augmentant du matin jusqu'à midi et diminuant en allant au soir. Aggravation par le bruit, les ébranlements du corps, les changements de temps. Commençant à l'occiput, elles arrivent au-dessus de l'œil gauche, ou descendent au menton, à gauche. Au paroxysme des douleurs, arrivent souvent des vomissements de bile.

Stannum: comme *Platina*, s'adresse aux douleurs qui se développent et cessent lentement, siégeant surtout au-dessus des yeux; faiblesse générale; pâleur et engourdisse-

ment de la face, les yeux enfoncés. Dans les dents, sensation d'allongement.

Strontiana carbonica: amélioration des douleurs par l'enveloppement chaud; sensibilité au moindre courant d'air.

Sulfur: se distingue surtout de *Thuja*, par des douleurs périodiques qui engourdissent et tiraillent les points atteints.

La parole développe comme une compression, et augmente les douleurs, qui sont plus violentes la nuit. Grande sensibilité au vent et à l'air froid; aversion pour les lavages à froid,

Thuja: douleur commençant par les yeux et le menton pour se diriger ensuite vers l'occiput. Contrairement à *Spigelia*. On sent comme un ongle s'enfonçant au point douloureux. Douleurs d'élancements intolérables. Aggravation l'après-midi et vers 3 heures du matin; les douleurs plus vives au repos et à la chaleur du lit.

Veratrum alb.: douleur de la face avec faiblesse et abattement, sueur froide, refroidissement du corps avec soif. Augmentation du mal par la chaleur du lit la nuit, vers le matin. Amélioration par l'action de se lever. Direction du mal de bas en haut. Dépression des traits.

Verbascum: névralgie faciale à caractère tout à fait périodique, d'ordinaire survenant deux fois par jour, à la même heure avant et après-midi, accompagnées de larmoiement. Douleurs tenaillantes augmentées par l'acte de parler, de se moucher, et les changements de température. Contracture des mâchoires, augmentant par le rapprochement des dents. Les pas que fait le malade retentissent dans sa tête.

(*Leipziger pop. Zeits. f. Homœop.*, déc. 1908.)

Dr Picard.

JOURNAUX ANGLAIS.

La relation entre l'administration de phosphorus et l'index opsonique de la tuberculose.

Le Dr Wheeler ayant eu l'occasion de voir Sir Wright au début de ses recherches sur l'index opsonique, celui-ci trouva que, malgré un état général de bonne santé apparente, l'index opsonique de notre confrère (quant à la tuberculose), était seulement de 0,6. Le Dr Wheeler essaya *Ars. iod.* 3e *X*, sans changement (0,58). Mais après une semaine de *Phosph.* 3e*X* (une ou deux fois en 24 heures), son index monta à 0,88, pour atteindre 1 au bout de 15 jours. Il arrêta l'usage du médicament, et un mois après, l'index était à 0,36; trois semaines d'administration de *Phosph.* le ramenèrent à 0,99. Ces chiffres furent pris par Wright même, qui jamais ne fut informé de l'administration ou de la cessation du médicament.

D'autres séries d'expériences furent alors faites avec M. Collings, qui n'était pas non plus informé de la médication suivie.

Expérience 1. Index le 22 mars: 0,76, le 28: 0,74.

Phosph. une dose par jour à partir du 1er avril.

Le 4 avril, index : 1,43, le 8 avril : 1,57. Arrêt du traitement le 9. Index le 11: 0,74.

Expérience 2. Index le 19 juillet: 0,74, le 23: 0,85.

Une dose de *Phosph.* 3e*X* le 23 au soir, le 24 et le 25.

Index le 26: 1,20; le 29: 1,23; le 2 août: 1,03; le 12 août: 0,81.

Expérience 3. Index le 20 septembre: 0,98; le 21: 0,97.

Une dose de *Phosph.* 3e *X* le 23. Index deux heures après: 0,97; le 24: 1,75; le 25: 1,10; le 26; 0,81.

Il semble que dans tous ces cas la dose était trop petite pour produire une phase négative, phénomène quelquefois noté avec les petites doses de tuberculine. Mais le Dr Neathy a rapporté une expérience personnelle de grande valeur. L'index avait été pris trois jours successifs, et trouvé à 0,86; 0,81 et 1,00. Un vingtième de grain de *Phosphorus* fut pris à 10 h. du matin, A 2 heures de l'après-midi l'index était de 0,76; le lendemain matin de 1,25; le surlendemain de 1,59. L'expérience avec une plus forte dose montre donc la phase négative.

Il est difficile en face de ces expériences de nier que chez certains individus *Phosphorus* peut accroître l'index tuberculo-opsonique. Des recherches de différents observateurs tendent à montrer que l'opsonine est une substance double, une partie étant normalement présente dans le sérum et non spécifique, affectant tous les micro-organismes; l'autre étant produite seulement en réponse à une excitation spécifique et n'ayant de valeur que contre ce germe particulier. On pourrait penser que l'action de *Phosphorus* s'exerçait sur l'opsonine vulgaire plutôt que sur l'opsonine spécifique. L'expérience du Dr Neathy rend cette hypothèse douteuse car il trouva que, pendant que son index tuberculeux variait comme on l'a vu, son index vis-à-vis du micrococcus neoformans restait le même. Cela fait donc penser que *Phosphorus* encourage la production de l'opsonine spécifique de la tuberculose, ce qui ne nous surprend pas, le trouvant si souvent indiqué dans cette maladie.

Il est probable que *Phosphorus* a une forte affinité pour les leucocytes, et, selon le principe de Arndt, l'agent qui détruit à forte dose stimule à faible dose, il peut être donné par les homœopathes pour stimuler l'activité leucocy-

taire; en raison de sa ressemblance avec la tuberculine dans ses effets sur l'économie, il peut stimuler les leucocytes à produire une substance antagoniste du bacille tuberculeux.

Il est important d'expérimenter les opsonines dans les maladies bactériennes sous l'influence des remèdes homœopathiques; mais plus on ira et plus on trouvera d'analogies entre l'administration des vaccins et l'administration du simillimum.

(*The New England Medical Gazette.*)

Dr Paul Tessier.

JOURNAUX FRANÇAIS

La restriction de l'alimentation globale chez les diabétiques. — (M. Linossier, *Bulletin Médical*, 23 *janvier*.)

Il est bon de rappeler qu'en dehors des cas heureusement assez rares de diabète pancréatique et hypophysaire, le diabète est toujours une affection goutteuse; que les diabétiques sont gros mangeurs et qu'ils exagèrent facilement le régime carné. M. Linossier enseigne avec raison qu'il est nécessaire de diminuer le régime global des diabétiques.

Ces malades, en général, mangent trop; ils abusent de la viande et du vin; aussi beaucoup d'entre eux succombent à des accidents d'artério-sclérose localisés dans le cerveau, le cœur ou le rein. La complication albuminurique

en particulier, est très fréquente et d'un pronostic extrêmement grave.

Nous n'approuvons pas ces pratiques systématiques qui consistent à soumettre le diabétique à un jeûne absolu associé à une médication purgative destinée à entraîner au dehors tous les poisons qui infectent l'économie. Nous pensons que le régime des diabétiques, sa composition surtout, doit être réglée par l'examen et l'analyse des urines. Il ne faut pas se borner à constater la quantité du sucre, il faut tenir compte aussi de l'urée et se garder du régime exclusivement animal, si fort à la mode il y a quelques années. Rappelons en terminant, que l'usage de la pomme de terre doit être longuement permis au diabétique pour lequel elle constitue un aliment de choix.

LES TROUBLES DIGESTIFS DANS LE RACHITISME. — (M. MARFAN, *Presse Médicale*, 18 novembre.)

Sous ce titre, M. Marfan donne une étude sur les troubles gastro-intestinaux qui peuvent compliquer le rachitisme.

M. Marfan divise ces troubles digestifs en deux catégories : ceux qui précèdent le rachitisme et ceux qui l'accompagnent quand il est établi. Le premiers peuvent revêtir deux formes : la gastro-entérite catarrhale, à rechutes ou la dyspepsie avec vomissements répétés. Dans la première forme ce sont des diarrhées revenant par périodes et séparées par des intervalles de santé relative. Les selles sont nombreuses : 5 ou 6 en vingt-quatre heures liquides, grumeleuses, vertes ou panachées, quelquefois gélatiniformes. Cette diarrhée peut s'accompagner de vomissements, de météorisme et d'érythème des fesses, avec une faible élévation de température qui ne dépasse pas 38°.

Ce catarrhe dure de une à deux semaines, rarement plus, puis après un intervalle de mieux, recommence.

D'autres fois, au lieu de la diarrhée, c'est la dyspepsie avec vomissements et constipation, mais ce phénomène est plus rare.

A mesure que la déformation osseuse se produit, ces troubles digestifs se modifient : alternation de voracité et d'anorexie, flatulence, constipation habituelle, surtout dans l'allaitement artificiel, selles blanches et fétides.

C'est alors que le ventre devient flasque, gros, aplati, et a été comparé justement à celui des batraciens.

Pour nous, ces troubles digestifs ne sont ni des complications, ni des causes, mais des *symptômes* du rachitisme lui-même. Nous croyons toujours que le rachitisme est une maladie causée par un vice de nutrition et cette opinion est généralement reçue, et confirmée à la fois par l'observation clinique qui montre le rachitisme sur des enfants nourris au biberon et surtout sur ceux qui reçoivent une autre alimentation que le lait, et aussi par l'expérimentation sur les animaux: J. Guérin rendait de jeunes chiens rachitiques en leur faisant prendre du bouillon au lieu de lait comme nourriture.

La doctrine qui fait du rachitisme une maladie de la nutrition était autrefois celle de M. Marfan. Aujourd'hui, tout en considérant que l'alimentation au biberon constitue une cause prédisposante toute puissante, il admet cependant que le rachitisme peut se développer chez des enfants nourris au sein et n'ayant été soumis à aucune alimentation défectueuse. Naturellement, dans ces cas d'ailleurs exceptionnels, M. Marfan invoque le *deus ex-machina;* les infections et les intoxications, sans pouvoir trop nous dire quelle en est la source. J'admets, en effet, que des

enfants nourris au sein peuvent devenir rachitiques sans avoir présenté d'accidents gastriques, ou tout au moins sans que ces accidents aient été sérieux. L'*hérédité*, et les mille défectuosités qui se rencontrent malgré un régime alimentaire bien surveillé peuvent expliquer ces cas de maladie sans qu'il soit nécessaire de faire appel à une toxi-infection problématique.

L'OBSTÉTRIQUE OPÉRATOIRE DANS LA DYSTOCIE PAR VICIATION PELVIENNE. (*Bulletin Médical*, 18 novembre.)

M. PINARD publie la statistique d'obstétrique opératoire de son service d'accouchements de la Clinique Baudelocque. Ce travail témoigne des changements considérables qui, depuis un quart de siècle se sont produits dans les doctrines et dans la pratique des accouchements. Autrefois, il n'était question que d'accouchements prématurés, de céphalotrypsie. L'opération césarienne était repoussée comme presque fatalement mortelle pour la mère. Aujourd'hui, la vie de l'enfant est devenue sacrée. On fait tout pour la conserver. La céphalotrypsie est réservée pour les seuls cas où l'enfant est mort.

La symphysiotomie et l'opération césarienne *conservatrice* constituent la pratique habituelle des accouchements laborieux.

Ces méthodes qui ont pour but de conserver à la fois la vie de la mère et de l'enfant sont habituellement couronnées de succès. Les résultats de l'opération césarienne moderne, aseptique, ont donné presque constamment la survie de la mère et de l'enfant. Et je comprends que le professeur Pinard ait pu dire que tout médecin devait, au besoin, pouvoir exécuter cette opération, qui se réalise

en quatre gestes, comme elle se définit en quatre mots : deux incisions et deux sutures.

LE COLI-BACILLE ET LA FIÈVRE TYPHOIDE.

Au cours d'une épidémie de fièvre typhoïde qui sévit à Toulouse, pendant l'été 1904, et qui a affecté toutes les allures d'une épidémie *hydrique*, on a trouvé dans les eaux de boisson, la présence du coli-bacille; mais, chose importante ,augmentée dans d'énormes proportions; en temps ordinaire, on ne le trouvait que dans 100 à 200 cc. d'eau de la canalisation ; pendant l'épidémie on pouvait le trouver facilement dans 1 cc.

Ce fait, signalé à l'Institut Pasteur est la répétition de ce qui s'est passé à Paris il y a quelques annnées : la fièvre typhoïde sévit épidémiquement dans un quartier dont les eaux de boisson étaient fournies par une des sources qui alimentent la ville. L'examen des eaux de cette source permit de constater l'absence du bacille d'Eberth et la présence du coli-bacille. D'où on pourrait conclure que le bacillum coli,si analogue au bacille d'Eberth, peut suffire à la production de la fièvre typhoïde, ce qui permettrait d'expliquer la spontanéité d'un certain nombre d'épidémies développées en dehors de tout foyer de contagion et dont la genèse ne peut se comprendre qu'en reconnaissant au bacillum coli, hôte constant de l'intestin dans l'espèce humaine, le pouvoir dans certaines circonstances étiologiques de donner naissance à la fièvre typhoïde.

ATHÉROME SPONTANÉ CHEZ LE LAPIN.

M. Weiberg à la séance du 5 décembre montre que l'a-

thérôme existe à l'état spontané chez le lapin; des constatations faites sur un très grand nombre de lapins prouvent que la fréquence de l'athérôme varie suivant la provenance des lots de lapins. On en a même rencontré chez de tout jeunes lapins. Ces faits nous doivent faire porter des réserves sur les expériences d'athérôme expérimental, déterminé par des injections médicamenteuses.

A PROPOS DE L'ORIGINE DE LA FIÈVRE TYPHOIDE DANS L'ARMÉE.
(Dr NOËL, *Bulletin médical*, 31 octobre.)

A propos de cet article, nous exposons les faits suivants:

En premier lieu la transmission de la fièvre typhoïde par des eaux contenant le bacillum coli, et la confirmation de cette opinion déjà acceptée par beaucoup de bactériologites de la transformation possible du bacillum coli ou colibacille en bacille d'Eberth.

Ensuite la tansmission de la fièvre typhoïde aux infirmiers depuis la généralisation du traitement par les bains. Nous avons déjà eu occasion de signaler ce mode de contagion. Les mains des infirmiers prennent dans l'eau du bain des typhiques le bacille d'Eberth. Leurs mains insuffisamment lavées introduisent le bacille avec les aliments et amènent ainsi la transmission de la fièvre typhoïde par la voie digestive. Dans les services où on a pris soin de montrer aux infirmiers à laver leurs mains de manière à les aseptiser, cette cause de contagion a disparu.

En résumé, la prophylaxie de la fièvre typhoïde se résume surtout dans l'usage d'eau de boisson qui ne présente ni bacille d'Eberth ni colibacille, et une exacte propreté pour les infirmiers ou les personnes qui soignent des

typhiques. Et il reste établi que la contagion de la fièvre typhoïde n'est possible ni par la cohabitation, ni par le contact, et qu'elle se produit seulement par la voie digestive.

Rappelons que nous avons démontré que la fièvre typhoïde peut être spontanée, c'est-à-dire qu'elle peut se développer malgré la pureté absolue des eaux de boisson, et l'absence de toute contagion par le seul fait de la transformation du bacillum coli, hôte habituel de l'intestin en bacille d'Eberth, et avec le concours de mauvaises conditions hygiéniques en tête desquelles il faut mettre le surmenage.

Nous avons rapporté l'histoire de plusieurs épidémies développées dans ces conditions.

ENDOCARDITES BACILLAIRES INFANTILES. (MM. LANDOUZY et GOUGEROT, *Presse Médicale*.)

De ce travail, nous ne voulons retenir qu'une chose, c'est que la tuberculose chez des enfants de 1 jour à 2 ans, qu'on regarde comme extrêmement rare est, au contraire, d'après M. Landouzy, très fréquente.

L'OPOTHÉRAPIE RÉNALE DANS L'IMPERMÉABILITÉ DU REIN.

Cette méthode de M. Renaut, de Lyon, consiste dans l'administration d'une macération de rein de jeune porc (fraîchement tué), dans l'eau salée isotonique à 6 p. 1000. Le rein hâché menu macère dans l'eau physiologique; cette eau filtrée à travers un linge fin est ensuite versée sur le hachis, et refiltrée ensuite.

Chez les malades qui répugnent absolument à prendre par la voie buccale cette macération de rein on a recours à l'administration par voie rectale, qui, pour réussir, doit être faite avec la technique suivante: la macération de

3 reins dans 600 grammes d'eau distillée et sel à 6 p. 1000 fournit ainsi 3 lavements de 200 grammes, qui doivent être donnés avec une longue canule afin qu'ils puissent être gardés.

L'opothérapie rénale pratiquée comme nous venons de le dire est un moyen très sûr et qui réussit, le plus souvent, non pour guérir la maladie, mais pour lever l'imperméabilité rénale.

L'INCONTINENCE « ESSENTIELLE » D'URINE. — (*Société Fribourgeoise de Médecine.*)

A propos d'une discussion sur l'incontinence d'urine, nous dirons quelques mots de cette maladie et de son traitement par l'homœopathie.

L'incontinence d'urine nocturne est une névrose familiale qui, dans son complet développement, s'accompagne aussi d'incontinence diurne. Non seulement les malades ont de l'incontinence des urines pendant la nuit, mais encore ils mouillent constamment leurs vêtements pendant le jour. Le plus souvent, cette maladie se manifeste entre la 1[re] et la 2[e] dentition, et, le plus souvent encore, guérit spontanément à la puberté. Nous disons le plus souvent, car il existe des cas assez nombreux où l'incontinence persiste à l'âge adulte, et même après le mariage.

La thérapeutique de cette affection comprend un très grand nombre de moyens dans la médecine ordinaire, moyens aussi inefficaces que nombreux.

La thérapeutique homœopathique a ici une grande supériorité puisqu'elle guérit presque à coup sûr, surtout les petites filles. La *Belladone* est le premier médicament à employer; on commence à une 6[e] dilution dont le malade

prend deux doses par jour pendant huit jours. Repos quatre jours, et recommencer. Si cette dose demeure inefficace ou insuffisante, on fera bien d essayer la 30e dilution.

Mais le médicament qui réussit le plus souvent est la *Pulsatile*, surtout à la 30e dilution; on l'administre comme nous avons dit pour la *Belladone*. En dehors de ces deux médicaments, il en existe un certain nombre dont nous ne donnons pas ici les indications.

BIBLIOGRAPHIE

TRAITEMENT HOMOEOPATHIQUE DES DIARRHÉES DES ENFANTS.

Le Dr Nilo Cairo a publié sous ce titre un petit volume (1), très complet. Après avoir donné un exposé clinique des différentes diarrhées infantiles, il traite de la prophylaxie, puis du régime à employer.

Le Dr Nilo Cairo arrive alors à la partie la plus intéressante de son livre, aux remèdes destinés à arrêter la diarrhée. Il les passe successivement en revue en donnant leurs indications particulières. Nous voulons résumer quelques-uns de ces médicaments.

Le *Mercurius dulcis* lui paraît le médicament par excellence de la gastro-entérite aiguë des enfants; c'est celui qu'il a coutume d'employer lorsqu'aucun autre médicament n'est indiqué d'une façon toute particulière. Au

(1) Tratamento homœopathico des diarrhéas Infantis Curityba Parana. Brésil 1908.

commencement, il donnait *Mercurius solub.* 3e trit. déc. ou 5e dilution seul ou alterné avec *Chamomil.* 5e, mais sur les conseils d'un confrère ami, il a donné *Mercur. dulc.* à basses triturations, 1re trituration déc. à 3e trituration déc. Il le remplace par *Merc. corrosiv* 3e, lorsqu'il paraît un peu de sang dans les gardes-robes.

Dans les cas graves de diarrhée verte, il a coutume d'alterner *Mercur. dulc.* avec *Cuprum arsenicos.* 3e trit.

Cuprum arsenicos., d'après le Dr Théod. Gomes, est indiqué par une diarrhée abondante, aqueuse verdâtre suivie de prostration. On doit le donner à la 3e trituration ou à la 5e dilution. Il est indiqué dans le choléra infantile quand les vomissements prédominent et sont accompagnés d'une grande anxiété, avec soif intense, fièvre élevée, agitation.

Acidum lacticum, employé par les médecins allopathes et indiqué tout d'abord par le Dr Hayem, s'emploie dans les diarrhées vertes, graves, lorsque *Mercur. dulc.* a échoué.

Voici comment le donne le Dr Nilo Cairo:

Acide lactique pur	80 gouttes.
Eau filtrée	80 grammes.
Sirop simple	20 grammes.

à prendre dans les vingt-quatre heures.

Tandis que ces trois premiers médicaments sont placés dans leur ordre d'importance, les autres suivent dans l'ordre alphabétique avec leurs indications particulières.

Abrotanum convient dans le marasme infantile avec tuberculose concomitante, amaigrissement, fièvre hectique, atrophie; faim vorace, contrastant avec l'amaigrissement;

peau flasque; alternatives de diarrhée et de constipation; lientérie ;coliques; 3ᵉ dil. déc. à 5ᵉ dil.

Æthusa cynap. convient particulièrement pendant la dentition; vomissements violents, souvent verts; vomissements répétés: diarrhée aqueuse.

Il est aussi indiqué dans la diarrhée simple, dans la diarrhée de forme commune, à la suite d'une alimentation impropre, ou pendant les chaleurs de l'été.

3ᵉ dilution.

Arsenic. album. Diarrhée en petite quantités, pâteuse, verte, grande prostration anxiété, grande soif. C'est le principal remède de la lientérie avec *China*, *Oléander* et *Ferrum*; il est efficace dans les diarrhées chroniques.

Dans le choléra infantile, c'est un des principaux remèdes, difficile à différencier de *Veratrum album*. Il n'y a aucun inconvénient à les alterner.

3ᵉ ou 5ᵉ dilution; s'il n'y a pas de résultat, 30ᵉ.

Arsenicum iodatum est le principal remède des diarrhées chroniques et du marasme, soit par athrepsie, soit par cachexie gastro-entérique. Son pouvoir, comme remède de la nutrition, est très grand. La fièvre hectique, augmentant le soir ou la nuit, des selles pâteuses, mal digérées, une débilité et un amaigrissement extrême avec bon appétit; les sueurs nocturnes, telles sont ses indications.

3ᵉ trit. déc. seule ou alternée avec *Calcar. acetica.*

Calcarea. Calcar. acetica est un bon médicament des diarrhées acides et mal digérées; c'est un de nos meilleurs remèdes des diarrhées chroniques; il a les mêmes indications qu'*Arsen. iodatum.*

Calcar. carb. 30ᵉ, convient dans les mêmes cas de marasme, avec selles acides, sueurs de la tête extrémités

froides. J'ai publié autrefois une observation de diarrhée infantile très grave, ayant résisté à un grand nombre de médicaments; l'enfant semblait dans un état désespéré. Il fut guéri par *Calcar. carb.* et *Carb. veget.* (30e) alternés.

Calcar. phosphor. 3e trit. est aussi un médicament des diarrhées chroniques, avec dentition retardée, selles verdâtres, fétides, expulsion avec force.

Le Dr Nilo Cairo rappelle que le Dr Pierre Jousset a conseillé l'alternance de *Calcar. acetica* et de *Phosphor. acid.*, dans les diarrhées chroniques.

Chamomilla convient aux diarrhées de dentition; mauvaise humeur, inquiétude, fièvre, insomnie, coliques, diarrhée jaune qui devient verte par son exposition à l'air; une joue pâle, l'autre rouge; gencives douloureuses. *Chamomilla* et *Merc. solub.*, 5e dil., alterner. Lorsqu'il y a tendance aux convulsions, *Chamom.* et *Bellad.*, 3e dil., alterner.

Chelidonium majus 3e dil. est un remède des diarrhées jaunes comme de l'or ou argileuses et décolorées; surtout si la peau présente un peu d'ictère.

China est un des principaux médicaments des diarrhées avec coliques; selles visqueuses, jaunes, bilieuses, avec grumeaux indigérés de lait caillé; amaigrissement et débilité. Il agit très bien dans la lientérie.

Hughes a conseillé la 1re dilution.

Colocynthis, est un grand remède des coliques des enfants avec ou sans diarrhée. Dans les coliques on peut l'alterner avec *Bellad.* 3e dil. ou *Chamomil.* 6e ou 12e dil. Il peut aussi servir de remède alternant avec tout autre médicament, adapté aux autres caractères de la diarrhée.

Dans les coliques sèches, qui n'ont pas cédé à *Colocyn-*

this, on pourra employer *Magnes. phosphor.* 3ᵉ trit. ou *Cina*, 9ᵉ à 12ᵉ dil. suivant les conseils du Dʳ Teste.

Le Dʳ Nilo Cairo indique 3ᵉ à 5ᵉ dil.; pour *Colocynthis*, la 1ʳᵉ dilution décimale nous a paru mieux réussir.

Croton tiglium est caractérisé par une diarrhée jaunâtre, aqueuse, profuse, évacuée avec force, accompagnée de vomissements et de coliques.

3ᵉ à 5ᵉ dilut.

Ferrum mét. 5ᵉ dil. convient dans les gardes-robes mal digérées avec coliques, lientérie; vomissements répétés. renvois, nausées.

Ferrum phosphor, est indiqué par Schussler. Clarke et Rauer, au commencement des gastro-entérites aiguës par une diarrhée aqueuse, verte, fièvre élevée, peau sèche, agitation.

3ᵉ tritur.

Iodium convient aux cas de marasme à évolution rapide, avec fièvre et sueurs; selles pâteuses, jaunes, abondantes, figure jaune, débilité profonde et grande, émaciation.

5ᵉ à 30ᵉ dil.

Ipeca est un des médicaments des diarrhées bénignes, lorsque les symptômes gastriques prédominent. Les nausées constantes, les vomissements l'indiquent particulièrement.

5ᵉ dilution.

Jatropha curcas est un bon médicament des diarrhées, jaunes, aqueuses, évacuées avec grande force, s'accompagnant au moment de l'évacuation de gaz humides, qui en s'échappant produisent un bruit analogue à celui d'une carafe qui se vide.

3ᵉ dilut. décim.

Lycopodium a été conseillé par Teste dans les diarrhées bénignes causées par une alimentation impropre.

30° dilut.

Magnesia carb. est un remède des diarrhées bénignes acides: selles acides, visqueuses, écumeuses et vertes; coliques, bruits de gaz, débilité et amaigrissement; vomissements de lait non digéré, aphtes, fièvre nocturne.

3° trit. déc. à 5° dilut.

Magnesia sulfur. Le Dr Pritchard a rapporté des résultats favorables de l'emploi d'une solution de *Sulfate de magnésie* en substance; évacuations abondantes, aqueuses, décolorées, par manque de bile.

0 gr. 50 de subst. dans 80 grammes d'eau et 20 gr. de sirop simple à prendre dans les vingt-quatre heures.

Natrum muriatic. convient aux cas de gastro-entérites chroniques avec marasme, maigreur excessive, faim vorace, bouche et gorge sèches, fièvre hectique.

30° dilut.

Nectandra amara. Le Dr Fernando Costa a eu de beaux succès avec ce médicament en teinture-mère; prostration, yeux excavés, entourés d'un cercle bleuâtre, langae sèche. salivation, sommeil interrompu par des soubresauts, coliques, borborygmes, nausées, diarrhée aqueuse.

Teint.-mère, 8 gouttes.

Nux vom. est très utile dans les diarrhées bénignes simples, consistant dans une indigestion intestinale aiguë de lait, et dans la forme commune.

Hughes conseille la 1re dil. déc.

Phosphori acidum convient dans les diarrhées aqueuses ou pâteuses, blanchâtres ou jaunes claires, peu fréquentes, sueurs et borborygmes. Le Dr Jousset le conseille alterné

avec *Calcar. acética*, 3e dans la forme chronique des gastro-entérites.

3e dilut.

Phosphorus est un remède qui peut se prescrire dans les diarrhées chroniques de l'enfance; selles muqueuses, verdâtres, avec lait caillé mal digéré.

5e dilution.

Podophyllum est un médicament des diarrhées de dentition et du choléra infantile, où il agit bien; des diarrhées lientériques, avec morceaux de lait caillé, aggravation le matin et après les repas.

Dans les diarrhées communes 3e à 5e dilut.; dans le choléra infantile 30e, et même 100e et 200e dilutions.

Rhéum est le principal médicament des diarrhées acides, surtout pendant la dentition: selles jaunes, visqueuses, écumeuses, tournant au vert.

3e à 5e dilution.

Ce médicament nous a surtout réussi dans les diarrhées chroniques et la teinture-mère nous a paru la dose la mieux appropriée.

Sulfur est un remède des gastro-entérites chroniques et du marasme infantile: peau sèche, pâle; amaigrissement; tête chaude, pieds froids; éruptions; faim vorace; alternatives de constipation et de diarrhée; selles jaunes ou vertes aqueuses, visqueuses ou pâteuses.

30e dilut.

Veratrum alb. est moins employé dans les gastro-entérites aiguës de l'enfance par le Dr Nilo Cairo depuis qu'il se sert de *Mercur. dulc.*: selles jaunes, aqueuses et abondantes; sueurs froides; grande prostration; diarrhée des grandes chaleurs; très bon médicament du choléra infantile; les vomissements violents sont une bonne indication.

Le Dr Dewey considère que la 12e et la 30e dilutions sont les doses les plus actives. M. Nilo Cairo emploie la 5e dilution.

Nous espérons avoir donné un compte rendu assez exact du travail intéressant de notre confrère brésilien.

Dr Marc Jousset.

VARIETES

M. Huchard et les homoeopathes.

En 1907, M. Huchard a fait dans l'amphithéâtre de l'hôpital Necker une série de leçons sur *Les maladies du cœur et leur traitement* (1), qu'il a terminées le 10 juin par une leçon très retentissante sur *La thérapeutique d'hier et de demain*, dans laquelle, sans donner une adhésion complète aux doctrines homœopathiques, il montrait une grande indépendance d'esprit. Cette leçon, à laquelle j'avais l'honneur d'assister, était pour nous très importante parce que c'était la première fois que dans une chaire officielle on parlait de l'homœopathie, de la loi de similitude, de Hahnemann, et des auteurs homœopathes contemporains, sans les bafouer et sans les tourner en ridicule.

Nous avons déjà rendu compte de cette leçon dans l'*Art Médical* et nous exprimions l'espoir qu'elle deviendrait le début d'une ère nouvelle, ère de tolérance réciproque où les médecins de l'Ecole officielle considèreraient les ho-

(1) *Les maladies de cœur et leur traitement*, J. B. Baillière, 1908.

mœopathes, non comme des ennemis, des renégats, mais comme des médecins désireux comme eux d'apporter le contingent de leurs efforts dans la recherche de la vérité thérapeutique.

Quelque temps après, dans le *Journal Belge d'homœopathie* (1), M. le Dr Schepens reproduisait une partie de la leçon de M. Huchard, en la faisant suivre, de quelques critiques nécessaires, mais en reconnaissant tout le mérite qu'avait eu le médecin de l'hôpital Necker de faire sa déclaration publique de principes. Il ajoutait que cette déclaration comble en partie l'abîme qui séparait les deux fractions du corps médical et que M. Huchard est un savant doublé d'un homme de cœur.

Quelques-uns de nos confrères homœopathes n'ont pas voulu reconnaître les avances du Dr Huchard ; ils ont trouvé qu'il ne parlait pas d'Hahnemann avec assez de respect; ils l'ont accusé d'avoir fait des emprunts à notre *Matière médicale*, et se sont attirés de lui des réponses désagréables et même peu courtoises.

Nous regrettons beaucoup, pour notre part, qu'on en soit arrivé des deux côtés à une sorte de reprise des hostilités; nous voulons espérer quand même, que les avances indéniables non seulement de M. Huchard, mais d'un certain nombre de représentants de l'Ecole officielle ne sont qu'un premier pas, que les rapports entre allopathes et homœopathes deviendront de plus en plus courtois, que les divergences s'atténueront et qu'un jour, malheureusement encore éloigné, il n'y aura plus qu'une seule doctrine thérapeutique.

(1) Numéro de janvier-février 1908.

Nous espérons que M. Huchard sera suivi d'un grand nombre de praticiens dans les avances qu'il nous a faites, que la mauvaise volonté de quelques-uns d'entre nous n'arrêtera pas cette évolution, qui nous paraît en tous points désirable.

Bien que nous ne fassions pas partie des infininésimalistes extrêmes et que nous ayons une tendance à nous servir souvent des teintures et des atténuations basses, nous ne pouvons pas accepter non plus la condamnation des 30e dilutions par M. Huchard (dilutions s'exprimant par l'unité suivie de 60 zéros). Nous avons toujours professé la nécessité absolue de ces doses spéciales dans certains cas ou pour certains médicaments. La silice, le carbonate de chaux, le charbon végétal, le lycopode, en particulier, nous ont toujours paru avoir leur action la plus marquée à la 30e dilution. La noix vomique nous a toujours réussi d'une façon presque mathématique à la 30e dilution dans les névralgies sus-orbitaires ayant leur maximum d'intensité le matin. Il ne nous est donc pas possible d'accepter l'anathème de M. Huchard contre ces doses.

Nous terminerons en demandant à nos confrères homœopathes de faire un bon accueil aux avances même légères de nos adversaires et à ceux-ci, de ne pas condamner nos doses infinitésimales, dont ils ne peuvent parler en connaissance de cause.

Dr MARC JOUSSET.

VACCINATION INTERNE OU HOMŒOPATHIQUE.

Nous trouvons dans *L'homœopathic World*, du mois de novembre, une conférence faite par le Dr J.-H. Clarke, sur

la vaccination intérieure ou homœopathique, par le virus même de la variole, autrement dit variolinum. Il insiste d'abord sur ce point évident que cette méthode d'immunisation est essentiellement homœopathique et que la répandre est en même temps répandre l'homœopathie. Il rapporte ensuite les démêlés du Dr Eaton, de Iowa, avec les autorités de cet Etat. Les enfants ne pouvaient être admis dans les écoles qu'avec un certificat médical de vaccination par inoculation : aussi l'on commença par refuser les certificats des médecins homœopathes qui avaient vacciné par l'emploi interne de variolinum. Mais, suivant les dictionnaires médicaux, l'inoculation, est l'introduction d'un virus dans l'économie ,sans que la méthode d'introduction soit spécifiée. Le Dr Eaton réclama en faveur de l'inoculation *per os*, et introduisit des actions en justice. On dut donner raison aux homœopathes. Il en fut de même pour les employés ou ouvriers des usines ou maisons de commerce.

Mais là n'est pas la question importante. Il faut savoir, non si cette méthode est admise, faute de définition, par les pouvoirs publics, mais si elle est efficace. Le Dr Eaton dit que dans la majorité des cas de traitement par variolinum, les malades présentent une réaction manifeste, de la fièvre, des troubles gastriques et intestinaux, le Dr Clarke ajoute même qu'il y a quelquefois des pustules, toutes manifestations montrant que le virus n'a pas été inactif, et par conséquent a produit sur l'organisme l'impression cherchée. Ces médecins ajoutent qu'avant de délivrer un certificat, ils font toujours absorber la première dose devant eux, pour qu'il n'y ait pas de supercherie de la part du patient. Dans la pratique, ils le font prendre jusqu'à ce que les symptômes de réaction apparaissent, ou sinon en font

continuer l'emploi (variolinum, 30, une dose matin et soir) pendant 15 jours.

Il y a une chose certaine, c'est qu'il serait actuellement de toute nécessité d'établir à ce sujet des expériences rigoureusement scientifiques ; le cadre en est tout tracé ; des médecins homœopathes devraient, chez des nouveau-nés, employer cette méthode, donner vaccininum ou variolinum pendant quelque temps, et inoculer ensuite la vaccine par les procédés ordinaires : on ferait ainsi facilement sans danger, et sans risque pour l'avenir, la démonstration de la valeur ou de l'insuffisance de la vaccination *per os;* car, si l'inoculation par scarification était toujours suivie d'insuccès, c'est que la méthode interne aurait produit l'immunisation. On pourrait agir de même sur les jeunes bovidés, avec la vaccine, puisque l'expérimentation avec la variole n'est pas possible chez l'animal, ni licite chez l'homme. Il serait intéressant de réunir les résultats que voudraient bien recueillir et nous envoyer nos confrères homœopathes.

Dr PAUL TESSIER.

Le Propriétaire-Gérant : Dr P. JOUSSET.

Typographie A. DAVY, 52, rue Madame, Paris — *Téléphone.*

L'ART MEDICAL

MARS 1909

THERAPEUTIQUE GENERALE

Des dilutions et des triturations.

Dans la réforme thérapeutique de Hahnemann (1) la loi de similitude et la constitution de la matière médicale expérimentale ont été acceptées par les médecins contemporains et constituent la base de la thérapeutique actuelle. Par contre l'action des triturations et des dilutions sur les médicaments, les doses infinitésimales sont restées à peu près complètement étrangères à l'école allopathique.

Cependant l'action des triturations et des dilutions sur les médicaments ouvrait un champ encore complètement inconnu aux recherches des thérapeutistes. De nos jours l'état colloïdal des métaux produit un changement moléculaire tel que ces corps, complètement insolubles, à l'état naturel, peuvent se mélanger aux liquides et se comportent comme des corps solubles ; or, en 1796, Hahnemann démontrait qu'un métal insoluble ayant subi 3 triturations successives d'après une technique spéciale se com-

(1) Cet article est un chapitre d'un livre en cours de publication « sur la constitution de la thérapeutique homœopathique.

portait comme un corps soluble et pouvait être dilué jusqu'à la 30e dilution.

Ce rapprochement que nous établissons entre un état colloïdal produit par l'électricité et le pouvoir de se comporter comme un corps soluble produit par des triturations successives, montre, ce me semble, le grand intérêt scientifique offert par l'étude de l'action des triturations et des dilutions sur les médicaments.

Ceci dit qu'est-ce qu'une trituration, qu'est-ce qu'une dilution ?

Technique de la trituration.

On prend 5 centigrammes du métal ou du corps insoluble qu'il s'agit de préparer, on le triture pendant une heure avec 5 grammes de sucre de lait dans un mortier. On a ainsi la 1re trituration. De ce mélange on prend 5 centigrammes qu'on broie encore pendant une heure avec 5 grammes de sucre de lait, ce qui donne la 2e trituration. Que l'on fasse une 3e trituration pendant une heure et on aura ainsi un médicament au $\frac{1}{1.000.000}$ tellement divisé qu'il se comportera comme un corps soluble et pourra servir à préparer les dilutions de la 4e à la 30e. (Hahnemann, *Matière médicale*, page 79).

Technique de la dilution.

On prend deux gouttes du mélange à parties égales d'un suc végétal frais avec de l'alcool et on les fait tomber dans 98 gouttes d'alcool, on donne alors 25 fortes secousses au flacon ; on a ensuite 29 autres flacons aux 3/4 remplis de 99 gouttes d'alcool et dans chacun desquels on verse successivement une goutte du liquide contenu dans le précé-

dent, en ayant soin de donner 25 secousses à chaque flacon. Le dernier, le 30e, contient le médicament au décidionnième. On peut dire encore que dans la 30e dilution la dose du médicament s'exprime par l'unité précédée de 60 zéros. (*Organon, parag.* 270) (1).

Pour la trituration comme pour la dilution, deux conditions sont nécessaires : opérer sur une petite quantité de substance (5 grammes) ; triturer le corps solide pendant une heure ou donner 25 secousses au corps liquide, et, grâce à ces conditions la trituration et la dilution diffèrent d'un simple mélange et représentent une combinaison dans laquelle chaque molécule médicamenteuses est unie à la molécule de substance inerte qui sert à la dilution.

Ainsi dans la trituration comme dans la dilution, on arrive à produire un mélange dans lequel le médicament et la substance inerte se trouvent unis molécule à molécule, de telle sorte que le médicament est par suite, de la technique employée, devenue *hyperabsorbable*. Hahnemann insiste avec raison sur les deux conditions nécessaires à toute dilution : quantité petite (5 grammes d'alcool où de sucre de lait) ; trituration d'une heure pour le médicament solide ; 25 secousses imprimées au flacon qui contient le médicament liquide. Il ajoute avec raison que, si conservant les mêmes proportions, on ajoutait à 500 grammes de liquide, 5 grammes de médicament, aucune secousse, aucun mouvement communiqué ne pourrait, à cause de la grande quantité de liquide, amener une union uniforme entre chaque molécule médicamenteuse et chaque molécule de liquide.

(1) Dans le passage de l'organon, Hahnemann ne parle que de *deux* secousses imprimées aux dilutions ; nous avons écrit 25 secousses parce que c'était son ancienne méthode et que c'est celle qui est généralement suivie par nos pharmaciens.

Quelles sont les propriétés développées dans les médicaments par les triturations et les dilutions ?

Les médicaments insolubles comme les métaux, la silice, le *Charbon, le Lycopode*, etc., reçoivent par les triturations successives des propriétés absolument nouvelles. Ainsi le *Charbon* et le *Lycopode* par exemple, qui, dans leur état naturel, sont bons tout au plus, le premier, pour combattre les aigreurs d'estomac et le second pour servir à la toilette des petits-enfants, acquièrent par la trituration et les dilutions qui la suivent des propriétés qui font du *carbo vegetabilis* un médicament d'une énergie merveilleuse pour combattre la prostration d'un si fâcheux pronostic dans le choléra, la fièvre typhoïde, et la broncho-pneumonie et du *Lycopode* un médicament efficace dans un certain nombre de maladies graves.

Ces propriétés nouvelles sont dues à la division excessive produite par la trituration des substances insolubles; divisibilité telle qu'après la 3e trituration, ces médicaments sont absolument miscibles et se comportent comme s'ils étaient liquides.

Un certain nombre de médecins homœopathes enseignent que les dilutions successives exaltent de plus en plus les propriétés des médicaments ; ils ajoutent même que des dilutions trop nombreuses finissent par les rendre dangereux.

Cette théorie exprime une erreur absolue.

Les propriétés développées dans les médicaments par les dilutions successives ne sont pas plus actives, elles sont *autres*. Par exemple, *l'Aconit* qui, en *teinture-mère*, est indiqué dans les fièvres et les phlegmasies aiguës, est un médicament efficace à la 30e dilution contre certaines névralgies faciales. Le *Mercure*, médicament principal de

la syphilis à dose pondérable, est très efficace dans le traitement de la dysenterie à dose infinisésimale. Les dilutions de *China* qui conviennent à tant d'affections de l'estomac, de la peau ou des oreilles, n'agissent dans la fièvre intermittente qu'à doses massives.

Si les dilutions successives exaltaient les propriétés des médicaments, la 30e dilution d'*Aconit*, de *Mercure* et de *China*, seraient les doses préférables dans le traitement des fièvres inflammatoires, de la syphilis et de la fièvre intermittente ; ce qui n'est pas.

Les propriétés développées par les dilutions, avons-nous dit, sont *autres* et diffèrent assez des propriétés des médicaments en substance pour qu'on soit tenté de dire que ces actions sont nouvelles. En sorte qu'il y eût comme une différence radicale entre le médicament en nature et le médicament dilué.

L'expression d'action nouvelle doit encore être rejetée et voici, à mon avis, comment on doit qualifier l'état nouveau produit par les dilutions. Prenons un exemple : l'*Aconit* en substance, en teinture, non seulement a une action sur la fièvre inflammatoire mais a aussi une action sur les névralgies faciales. Seulement la clinique enseigne que dans les névralgies faciales l'*Aconit* (30) est bien plus promptement curatif que la teinture mère. Le *Mercure*, à dose pondérable mais modérée constitue une médication très efficace dans le traitement de la dysenterie. Ce fait est bien établi par la pratique des médecins anglais qui traitent la dysenterie par de toutes petites doses de *Calomel*, mais ici comme dans le médicament précédent, la clinique nous a démontré que la dysenterie guérissait plus sûrement par les doses infinitésimales de *Mercure* que par les petites doses.

Nous expliquerons donc, comme suit les modifications imprimées aux médicaments par la dilution. Tous les médicaments possèdent des propriétés multiples, les unes latentes, cachées pour ainsi dire, les autres plus apparentes et servant à caractériser un médicament.

Les dilutions successives arrivent à diminuer et à faire plus ou moins complètement disparaître ces dernières propriétés latentes jusque-là. Aussi le *Mercure* qui, suivant l'élévation des doses produit des évacuations alvines, des salivations, des évacuations biliaires voit toutes ces propriétés disparaître par les dilutions successives et être remplacées par des actions bien définies sur des affections très diverses tant par leur siège que par leur nature.

Les dilutions successives, non seulement font disparaître les propriétés toxiques, des médicaments, mais encore leurs propriétés perturbatrices. Ainsi la *Digitale* en dilution ne produit plus l'Asystolie, pas plus que la *Rhubarbe* d'effet purgatif ou l'opium d'état soporeux.

Si donc il n'est pas exact de dire que les propriétés des médicaments dilués sont nouvelles puisqu'elles existaient à l'état latent dans le médicament, on doit dire cependant que les propriétés des médicaments dilués sont *autres* que celles des médicaments en nature.

Les dilutions de la 1re à la 30e constituent une échelle de doses dont l'action est tellement comparable d'une dilution à l'autre que l'observation la plus attentive ne peut percevoir de différences entre la 10e et la 11e par exemple, tandis qu'elle en distingue de très grandes entre les dilutions éloignées, les 1res, les 12es et les 30es par exemple, Ces différences incontestables entre l'action des dilutions bases, moyennes et élevées ont une application clinique extrêmement importante, elles permettent en effet pour un

seul médicament et suivant les dilutions auxquelles il est préparé, une adaptation à des états morbides très multipliés. C'est grâce à cette échelle d'actions différentes qu'un même médicament est appliqué aux formes et degrès divers que présente la maladie.

C'est aussi cette grande diversité des doses qui permet de trouver la dilution correspondante à des idiosyncrasies particulières. Si je prends pour exemple une affection et un médicament également bien déterminés, la névralgie sus-orbitaire intermittente, matutinale et la *Noix vomique*, la clinique m'apprendra que tel cas qui résiste à la 3e trituration de *Noix vomique* guérit, à coup sûr, par la 30e dilution et réciproquement. Dans d'autres cas de cette affection, la guérison la plus sûre et la plus rapide sera obtenue par la 6e ou 12e dilution, démonstraiton éclatante de l'utilité pratique des dilutions multipliées qui permettent l'adaptation d'un médicament à la dose le plus sûrement curative.

En résumé, les triturations et les dilutions ont pour effet:

1° De développer une propriété thérapeutique restée latente jusque-là et transformer ainsi une substance peu active ou même tout à fait inerte en un médicament d'une grande puissance.

2° Par les dilutions successives elles créent une échelle de doses qui permet l'adaptation du médicament à toutes les nécessités de la clinique.

Dans ce qui précède en parlant des dilutions, nous avons parlé de la 1re à la 30e, avons-nous le droit de limiter ainsi le nombre des dilutions ? et jusqu'à quelle limite les dilutions conservent-elles leurs propriétés thérapeutiques ?

Ces problèmes n'ont pas seulement un intérêt doctrinal.

elles ont encore un grand intérêt pratique puisqu'il y a des homœopathes qui ont poussé les dilutions jusqu'à la 20.000e, la 100.000e, la 500.000e.

Les partisans de ces très hautes dilutions prétendent démontrer l'efficacité de ces préparations, par des observations cliniques ; or, ces observations ne nous ont jamais convaincu, parce que pour la plupart leur rédaction est tellement défectueuse qu'elle ôte à leur auteur toute autorité scientifique.

J'ajouterai que les observations cliniques servent en général fort peu pour la démonstration d'un résultat thérapeutique. Je pourrais appuyer mon opinion sur les efforts infructueux des maîtres de l'école officielle pour faire triompher certaines médications dans un état morbide déterminé. L'histoire de la fièvre typhoïde, de la pneumonie, sans compter le choléra, démontrerait facilement le peu de valeur des démonstrations cliniques quand elles ne remplissent pas des conditions déterminées.

Quelles sont ces conditions qui donnent aux statistiques une valeur démonstrative qu'elles n'ont pas habituellement? C'est l'accord à peu près complet qui s'établit entre les praticiens pour le traitement d'une maladie déterminée. Tel serait par exemple le traitement de la syphilis et de la fièvre intermittente. Mais cet accord est tellement rare qu'il est peu pratique de chercher les conditions nécessaires pour une statistique réellement démonstrative.

Cependant le bon sens médical ayant à choisir entre un scepticisme stérile ou une pratique un peu problématique, s'est décidé pour ce dernier parti. Fort heureusement pour les malades qui peuvent bénéficier des connaissances pratiques disséminées dans les systèmes divers.

La réfutation que nous venons d'essayer de l'action des hautes dilutions peut être aussi justement faite pour notre 30e dilution et la réponse tirée des observations cliniques n'aurait guère plus de valeur quand elle serait appliquée à la 30e, au lieu de l'être à la 300.000e, c'est pourquoi nous avons pensé à une démonstration de laboratoire. Nous ne pouvions pas, sur ce terrain insutuer des expérimentations sur l'animal malade. Ces expérimentations auraient soulevé les mêmes objections que les observations cliniques. Nous avons voulu démontrer l'action des dilutions homœopathiques, jusqu'à la 30e sur la vie organique d'une plante. Si en effet l'expérimentation démontrait qu'une 30e dilution homœopathique, celle dans laquelle le poids du médicament s'exprime par l'unité précédée de 60 zéros, a une action incontestable sur la végétation d'une plante, il ne sera plus possible de nier l'action d'une 30e dilution sur la vie organique et par conséquent la possibilité de cette action sur un état morbide. Les travaux de Raulin, sur l'action de l'*Argent*, sur l'Aspergillus Niger, ont inspiré des travaux que nous allons maintenant résumer. Ces expériences ont commencé le 19 septembre 1901 et la réponse en apparence si simple à cette question : Quelle est la dose minima à laquelle un médicament conserve encore une action thérapeutique n'est pas encore complètement élucidée après des expériences poursuivies pendant 8 années ; mais si malgré tous les soins apportés au perfectionnement de la technique, qui a servi à nos expériences, il se rencontre encore des faits contradictoires et paradoxaux, fort heureusement en dehors de ces cas véritablement exceptionnels, nous avons aussi obtenu des faits dont la constance et la régularité nous ont autorisé à formuler des conclusions fermes.

Dans certaines expériences, non seulement nous avons dû enregistrer les effets empêchants des *Sels d'argent* ou de *Mercure* qui n'étaient point en proportion régulière avec la dilution employée, mais il n'est pas rare de rencontrer des expériences dans lesquelles la 3e dilution par exemple, qui contient beaucoup plus de substance active que la 12e ou la 30e a une action manifestement moindre que ces deux dernières.

Mais, fait plus paradoxal encore, les témoins, qui ne contiennent que du liquide Raulin, et qui reçoivent par ensemencements, un nombre égal de gouttes d'une eau dans laquelles les spores d'Asperg. Niger sont mis en suspension par des secousses imprimées au flacon ; qui, par conséquent devraient être dans des conditions absolument identiques, ont cependant présenté quelquefois des différences notables. Nous avons observé au moins trois fois que l'un des témoins, après avoir produit, comme ses congénères, une abondante couche de mycelium, ne sporulait jamais, ou extrêmement peu, en sorte que sa teinte blanche tranchait avec la couleur noire des autres témoins.

Si le témoin était resté complètement stérile, nous aurions pu admettre que par une erreur de technique, il n'avait pas été ensemencé, mais la production abondante de mycelium prouve que cet ensemencement avait été effectif et la non-sporulation reste un problème.

Pour ces expériences, nous nous sommes servis de tubes de Borrel et de boîtes de Petri.

Nous nous sommes décidés pour ces dernières, parce qu'elles offrent plus de garanties contre les contaminations externes. Après des tâtonnements et des modifications nés de nos nombreuses expériences (plusieurs centaines), voici la technique à laquelle nous sommes arrivés.

Chaque boîte de Petri reçoit 10 cent. cubes de liquide Raulin. Les témoins reçoivent en plus 5 cmc. d'eau stérilisée, afin qu'ils aient la même quantité de liquide que les boîtes en expérience, ces boîtes devant recevoir 5 cmc. d'une dilution.

Pour ensemencer ces boîtes, nous prenons des morceaux de mycelium, chargé de sporanges d'une culture d'aspergilius de 15 jours à un mois ; nous les plaçons dans un bocal à demi rempli de liquide Raulin; et, après les avoir laissé macérer plusieurs heures on les secoue fortement, puis on filtre sur papier le liquide noirâtre qui résulte de ce mélange. De ce liquide à peine coloré, nous ensemençons à l'aide d'un compte-gouttes, tantôt 3, tantôt 12 gouttes.

Nous n'employons plus maintenant que des dilutions de *Nitrate d'argent* et de *Bichlorure de mercure* pour faire les dilutions qui doivent servir à compléter l'expérience.

Nos dilutions sont faites en nous conformant strictement à la technique indiquée par Hahnemann, nous avons donc 30 flacons aux 2/3 remplis d'eau filtrée, la quantité de liquide dans chaque flacon est d'environ 5 grammes. Le premier flacon reçoit 0,05 de *Nitrate d'argent*, il est secoué vigoureusement 25 fois et constitue la 1re dilution ; de cette dilution, 2 à 3 gouttes sont introduites dans le flacon n° 2 qui, secoué 25 fois, devient la 2e dilution ; le même procédé est suivi jusqu'au 30e flacon qui nous donne la 30e dilution. Ces dilutions ainsi préparées, sont versées, la 1re, la 2e, la 3e, dans les 1re, 2e, 3e boîtes de Petri, la 6e, 12e, 30e dans les 3 autres boîtes. Dans certaines expériences poussées jusqu'à la 50e, nous avons utilisé la 35e, 40e, 45e et 50e dilution. Je rappelle que nous avons déjà dit qu'il existait des expériences paradoxales, c'est-à-dire dans les-

quelles les effets obtenus n'étaient pas en relation avec les doses de médicament contenues dans les dilutions. Dans ce qui va suivre nous ne parlerons que des expériences régulières et dans lesquelles les résultats, sinon absolument semblables, du moins sont absolument comparables.

Du onzième au quinzième jour, suivant la température extérieure, quand la végétation de l'aspergillus ne fait plus aucun progrès, le mycélium de chaque boîte est déposé sur un carré de papier : la dessiccation se fait à l'air libre et il faut attendre qu'elle soit complète pour peser ce mycélium.

Le premier résultat qui me semble désormais incontestable, c'est que le *Nitrate d'argent*, même à la 50e dilution, diminue la végétation de l'aspergillus ; de telle sorte que le poids du mycélium produit dans les boîtes de Piétri qui ont reçu les dilutions de *Nitrate d'Ag.* est toujours inférieur à celui du mycélium des boîtes « Témoins ».

Un second résultat qui m'avait échappé dans mes expériences précédentes et qui semble sinon tranché, au moins éclairé d'un jour nouveau : l'action des dilutions successives sur l'activité thérapeutique, est ce fait, paradoxal en apparence, que les dilutions successives de la 12e à la 50e n'ajoutent rien à l'activité du médicament puisque le poids du mycélium est absolument comparable dans ces dilutions.

Pour démontrer les affirmations qui précèdent, nous donnerons maintenant le résultat des expériences faites depuis le mois de janvier 1908.

Expérience du 15 janvier. Poids des mycéliums.

3e	dilution	0,80
6e	—	0,75
12e	—	0,85
30e	—	0,80
40e	—	0,75
50e	—	0,80

Les trois témoins pèsent le même poids : 0,90.

Remarque. — La végétation dans la 3e dilution a été tardive, le mycélium s'étant développé 3 jours après celui des témoins et la sporulation ayant été également en retard de 3 jours : néanmoins le poids du mycélium a atteint 0,80, supérieur à la 6e qui n'a que 0,75 et inférieur au poids des témoins 0,90.

Dans toutes nos expériences nous avons noté ce retard dans la végétation de la 3e dilution ; seulement quand la température extérieure était très élevée, ce retard n'a été que de 24 heures. La 6e dilution, qui, dans toutes les expériences produit un poids de mycélium inférieur à celui de toutes les dilutions, dans l'expérience de janvier est inférieur à celui de la 3e, 12e, 30e, 50e. Mais par une exception dont je n'ai pas la clef est semblable à la 40e représenté par le chiffre 0,75.

Les 12e, 30e et 50e présentent un poids de mycélium très comparable, 80 et 85.

Toutes sont inférieures aux témoins 0,90. Les 1re et 2e dilutions sont restées stériles comme toujours.

Expérience du 22 mai.

3e	dilution	0,27
6e	—	0,26
12e	—	0,315
30e	—	0,32
40e	—	0,30
50e	—	0,32
Témoins	—	0,37

Les mêmes remarques émises pour l'expérience de janvier s'appliquent à la 3e et 6e dilution qui est celle dont le poids du mycélium reste le plus bas : la 12e, 30e, 40e et 50e ont des poids très comparables, toutes sont inférieures aux témoins.

Expérience du 6 juillet.

3e	dilution	0,38
6e	—	0,32,5
12e	—	0,38,6
30e	—	0,36
40e	—	0,36,5
50e	—	0,36,8
Témoins	—	0,43,1

Cette expérience donne des résultats très comparables aux précédents : avec cette différence que la température extérieure étant très élevée, 25° à l'ombre, la 3e a commencé à végéter 24 h. après les autres. Le poids du mycélium de la 6e est toujours inférieur 0,32. Comme toujours ce sont les témoins dont le mycélium a atteint le poids le plus élevé.

Dans une expérience du 21 juin nous avons eu des résultats encore plus concluants. Les 4 premières dilutions sont restées stériles ; le mycélium de la 5e pesait 0,07 ; celui de la 6e 0,26 ; la 12e et la 30e pesaient le même poids 0,22 et les témoins pesaient 0,38, 0,41, 0,43. L'action de la 30e dilution sur l'aspergillus est donc incontestable et de plus à partir de la 12e dilution l'action est semblable, ce qui nous prouve de plus en plus que le médicament, une fois arrivé à la 12e dilution n'est plus modifié par les dilutions suivantes ; ce qui constitue un argument auquel il est difficile de répondre sur l'activité des 1/300.000e.

Nous pouvons donc maintenir les conclusions déjà énoncées :

1° Stérilité absolue de la 1re et 2 dilutions.

2° Retard constant dans la végétation de la 3e avec ce fait paradoxal que le poids du mycélium est plus fort que dans toutes les autres dilutions.

3° La 6e dilution présente constamment un poids de mycélium inférieur aux autres dilutions, elle serait donc plus active que les autres.

4° Les 12e, 30e, 40e et 50e donnent des poids de mycélium non pas semblables, mais très comparables, avec cette remarque que les faibles différences de poids de ces quatre dilutions ne sont pas régulièrement en rapport avec les dilutions mêmes ; ne subissent pas, par exemple, un accroissement régulier de la 12e à la 50e, mais offrent des différences qui tiennent à des conditions qui nous échappent et essentiellement irrégulières ; tantôt c'est la 40e qui offre le moins de poids (expériences de janvier et de mai) tantôt c'est la 30e (expérience de juillet).

5° Constamment le poids des dilutions a été très inférieur à celui produit par les témoins.

Ainsi se trouvent justifiées nos affirmations précédentes : les doses infinitésimales jusqu'à la 50e dilution possèdent une action évidente sur la végétation de l'aspergillus ; et nous croyons pouvoir ajouter que dans l'état actuel de la science, il est illogique de nier l'action thérapeutique de nos préparations pharmaceutiques qui ont une action incontestable sur la vie organique des végétaux.

Notre seconde proposition, niant absolument la puissance des dilutions successives pour développer indéfiniment l'énergie thérapeutique d'un médicament se trouve établie expérimentalement par les résultats sur la végétation de l'aspergillus obtenus par les dilutions de la 12e à la 50e. Ces résultats étant exprimés par les mêmes chiffres. Nous croyons qu'il serait fort intéressant d'appliquer aux

dilutions d'une infinité extrême 100e, 200e et 20.000e, le même mode de recherche qui nous a servi pour la 30e dilution.

Au début de nos expériences sur l'aspergillus, nous nous servions de triturations d'*Argent*, mais plus tard et en particulier dans les expériences rapportées dans le présent mémoire, nous avons employé le *Nitrate d'argent*, parce que sa solubilité nous permettait de n'employer que des dilutions, préparation beaucoup plus constante que les triturations.

Dans une expérience, nous avons employé le *Collargol* (argent colloïdal). Cette expérience a été très concluante, voici les résultats :

1re	dilution	stérile
2e	—	0,09
3e		0,03
4e	—	0,24
5e	—	0,43
6e	—	0,43
12e	—	0,43
30e	—	0,46
1	(Témoins)	0,57
2	—	0,57
3	—	0,62

Dans cette expérience la 30e dilution pèse 0 gr. 11 cgr. de moins que les témoins, ce qui prouve l'action empêchante du *Collargol* sur la végétation de l'aspergillus, et de la 5e à la 30e dilution la différence n'est que de 0,03.

Nous avons fait des expériences analogues avec l'aspergillus et le *Deutochlorure de mercure*, ce sel a une action plus énergique que les sels d'argent sur la végétation de

l'aspergillus ; les résultats sont du reste très comparables. J'ai aussi essayé le *Chlorure d'or* qui ne m'a donné aucun résultat et c'est pourquoi nous jugeons inutile de les rapporter ici.

Les expériences que nous venons de rapporter n'ont pas la prétention de constituer une démonstration directe de l'action des médicaments dilués sur les maladies ; mais elles établissent l'action incontestable des 30e et même des 50e dilutions sur les phénomènes vivants d'un champignon : l'aspergillus niger. Elles constituent donc une démonstration indirecte de la puissance thérapeutique des médicaments dilués. En effet la démonstration de l'activité de la 30e et de la 50e dilution sur la végétabilité d'une plante ne permet pas de rejeter sans discussion et de qualifier d'absurde la proposition qui enseigne l'activité thérapeutique des dilutions élevées. On ne peut plus dire après nos expériences, les 12e et 30e dilutions ne contiennent rien. Aujourd'hui nous pouvons répondre : ces dilutions contiennent encore des molécules médicamenteuses puisqu'elles exercent une modification sur les êtres vivants.

Nous n'avons pas voulu, dans ce travail, démontrer la supériorité ou l'adaptation pour un cas déterminé de telle ou telle dilution.

Cette démonstration n'appartient qu'à la clinique, mais nous avons voulu démontrer que les médicaments dilués aux doses incroyables de la 30e et de la 50e ne constituaient pas des mélanges inertes mais conservaient des propriétés capables d'émouvoir la vie organique et par conséquent de modifier les maladies.

Dr P. JOUSSET.

MATIERE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE

Venins des Mollusques.

Certains mollusques contiennent des venins, qui ne servent qu'à leur défense ou pour la chasse des animaux dont ils se nourrissent.

Parmi ceux dont nous nous occuperons dans ce chapitre, il ne s'en rencontre pas qui soient véritablement venimeux.

Sépia.

(Sèche officinale.)

Bibliographie.

T.-F. Allen. *A Handbook of Materia medica.* Philadelphie, 1889.

Ecalle, Delpech et Peuvrier. *Pharmacopée homœopathique française.* Paris, 1908.

Farrington. *A clinical Materia medica.* Philadelphie, 1887.

Hahnemann. *Maladies chroniques*, 2e édition, fr. T. III.

C. Heinigke. *Handbuch der homöopathischen Arzneiwirkungslehre.* Leipzig, 1880.

R. Hugues. *A Manuel of Pharmacodynamics.* Londres, 1860.

P. Jousset. *Traité élémentaire de matière médicale expérimentale*, Paris, 1884.

Lilienthal. *Homœopathic Therapeutics.* Philadelphie, 1890.

G. Sieffert. *Formulaire de Thérapeutique positive.* Paris et Leipzig, 1899.

Teste. *Systématisation de la matière médicale*, Paris, 1853.

I. — Généralités.

La sèche est un mollusque céphalopode, chez lequel une plaque située sur la peau du dos constitue ce que l'on

appelle l'*os de seiche*, ou *biscuit de mer*, employé pour la nourriture des oiseaux.

La partie médicinale de cet animal nous est fournie par une sécrétion noire qu'il laisse échapper, pour troubler l'eau, lorsqu'il est poursuivi par un gros poisson: d'où le nom de *Sepiæ succus*, quelquefois donné au médicament.

Ce suc est aussi parfois employé par les peintres, et ceci nous conduit à l'introduction du médicament dans la pharmacopée homœopathique.

Hahnemann avait un ami peintre tellement souffrant, qu'il était à peine capable de se livrer à ses occupations professionnelles. Malgré les soins empressés de Hahnemann, l'état du malade ne s'améliorait pas. Un jour que Hahnemann se trouvait dans son atelier, il remarqua que son ami employait la couleur fournie par *Sepia*, en même temps qu'il constata que l'artiste passait souvent son pinceau à travers la bouche pour l'humecter. Immédiatement surgit dans l'esprit de Hahnemann l'idée que là, peut-être, était la cause du mal. Il communiqua sa pensée à l'artiste, qui déclara avec assurance que le suc de sèche était inoffensif. Néanmoins, sur le conseil de Hahnemann, le peintre renonça à son habitude, et il en résulta une prompte disparition de la maladie.

Dans la suite, Hahnemann expérimenta sur l'homme sain le suc de sèche. Tous les symptômes qu'il nota furent confirmés, sans restriction, par d'autres expérimentateurs; si bien qu'on n'eût pas à les compléter, et que *Sepia* est devenu un médicament d'une valeur considérable, encore qu'il soit totalement négligé par l'Ecole allothérapique, après qu'Hippocrate eût prescrit la chair de l'animal dans les maladies des femmes, que Soranus eût conseillé le suc

contre l'alopécie, et que Celse et Dioscoride l'eussent donné comme laxatif.

II. — Pathogénésie.

Symptômes généraux. — Douleurs de nature diverse et exagération de la sensibilité dans diverses parties du corps. Disposition aux foulures, aux entorses et aux luxations, avec répugnance pour les mouvements qui exigent un effort. Faiblesse physique et intellectuelle. Endolorissement des parties comprimées, en s'asseyant ou en se courbant. Faiblesse, fatigue et pesanteur dans tous les membres. Sensation de courbature dans les jambes. Epuisement au moindre effort. Faiblesse et tendance à la syncope. Afflux de sang vers la tête et la poitrine. Irritabilité nerveuse. Accès de froid dans le dos, s'étendant de là à tout le corps. Constriction de la poitrine. Tiraillements convulsifs dans la jambe et le bras droits, suivis de tremblements des membres inférieurs. Etats convulsifs de diverse nature;engourdissement et paralysie passagèrement, apparaissant et disparaissant dans diverses parties du corps. Sensation de pulsations, surtout la nuit, dans la tête et les membres. Sensation de raideur des articulations, avec tuméfaction passagère. Accès de vertige avec palpitations en se promenant à l'air frais. Hyperesthésie au bruit et au tapage. Facilité à se refroidir et excessive sensibilité à l'air froid.

Aggravation des malaises vers le soir et la nuit; amélioration par position couchée ou par vif mouvement. La chaleur sèche soulage souvent les douleurs.

Moral. — Tristesse et inquiétude sur sa santé. Anxiété et crainte de mourir; découragement et dégoût de la vie:

frayeur; propension à pleurer sans motif; désir d'être seul et de se cacher.

Mauvaise humeur. Impulsion à la colère. Alternatives de gaîté et de tristesse, de rires et de pleurs.

Faiblesse de la mémoire et distractions en parlant, en écrivant, en agissant.

Fièvre. — Frisson continuel, froid intérieur. Impossibilité de se réchauffer dans une pièce chaude. Froid aux extrémités, alternant parfois avec chaleur exagérée à la tête. Chaleur insolite à la tête avec céphalalgie; bouffées de chaleur et vertige.

Accès de fièvre dont les trois stades sont, le plus souvent, intervertis. Accès nocturnes de chaleur pouvant durer plusieurs heures. Fortes sueurs générales, la nuit et le matin, sans soif. Transpiration par la marche. Les accès peuvent se répéter plusieurs fois par jour, sans heure fixe, ni type déterminé. Accès de chaleur passagère, ou accès quotidiens, constitués par le seul stade de chaleur, de 1 à 6 heures du soir. Chaleur fébrile sèche, continue, avec pouls fréquent, face rouge, vive soif, oppression, dysphagie et douleur déchirante dans les membres

Sommeil. — Grande somnolence diurne, avec bâillements. Le sujet s'endort facilement en étant assis. Etat somnolent pendant plusieurs jours, quoique le sommeil de la nuit soit bon. Le sujet s'endort tard et se réveille de bonne heure, après quoi, il ne peut plus dormir. Sommeil inquiet avec réveils fréquents, rêves animés à haute voix; rêves anxieux avec réveil en sursaut. Etat cataleptique. Insomnie avec beaucoup d'afflux sanguins et palpitations cardiaques. Inquiétude, avec toux et besoin d'uriner. Sommeil non-réparateur.

Tête. — Céphalalgie apparaissant très rapidement, de

siège varié, surtout au-dessus des sourcils et à l'occiput, aggravée au grand air, avec bouffées de chaleur à la face et afflux de sang à la tête, plus accentuée le matin, par accès rapprochés, parfois analogues à la migraine. Ces accès sont accompagnés de raideurs de la nuque et du cou; pesanteur de la tête, vertige en se baissant et surtout en marchant, quand on a un grand espace devant les yeux; nausées et bourdonnements d'oreilles. Le cuir chevelu est douloureux au toucher, avec abondante chûte des cheveux.

Signalons encore, difficulté d'associer les idées et domination amoindrie de la volonté. Sensation d'ébranlement, à la suite d'un faux pas. Tiraillements dans la tête. Douleurs céphaliques fréquentes et tiraillantes; douleurs pulsatives à la région temporale avec gonflement de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané. Aspect maladif avec coloration jaunâtre de la face et des yeux; taches jaunes au nez et aux joues; face bouffie et gonflement du tissu cellulaire; douleurs dans les maxillaires.

Yeux et vue. — Rougeur et tuméfaction inflammatoire des paupières avec sécrétion muqueuse et agglutination pendant la nuit. Orgeolet, larmoiement à l'air libre. Catarrhe conjonctival. Contractures des paupières. Les yeux ne peuvent supporter l'eau froide.

Faiblesse et troubles de la vue. Photopsie. Hémiopie incomplète, une moitié des objets paraît obscure. Amblyopie; scotomes fixes ou mobiles, cercles colorés, zone verte autour de la flamme de la bougie.

Ouïe et oreilles. — Conduit auditif douloureux à l'attouchement. Otalgie. Chaleur, rougeur et gonflement du conduit auditif. Ecoulement purulent; accumulation de céru-

men blanc. Démangeaisons, bourdonnements, chants, tintements, battements.

Surdité soudaine et passagère, avec sensation subite d'obturation de l'oreille. Signes d'otite moyenne et douleur à l'apophyse mastoïde. Exanthème humide à l'oreille externe.

Nez et odorat. — Gonflement inflammatoire de la pointe du nez. Exanthème douloureux au nez. Croûtes et ulcérations aux narines. Petit furoncle à la cloison nasale. Mucosité sanguinolente en se mouchant. Epistaxis plus ou moins prolongées.

Peau et glandes. — Sensibilité douloureuse de la peau. Vives démangeaisons pruriantes. Eruptions prurigineuses aux articulations (eczéma); vésicules prurigineuses à la face, aux mains, aux pieds (impétigo). Relâchement de la peau et du tissu cellulaire. Desquamation de l'épiderme en taches arrondies, aux mains et aux doigts. Phlyctènes et tournioles aux doigts. Furoncles au cou, à la cuisse. Taches rouge-vif, indolores, au cou, au-dessous du menton. Taches jaune-brunâtre, avec desquamation, au cou (lichen). Papules aux mains. Comédons et taches jaunes à la face. Pemphigus. Ulcérations indolores aux extrémités des doigts, ou des orteils, aux articulations.

Gonflement des glandes submaxillaires. Inflammation des amygdales. Adénites axillaires, qui suppurent quelquefois.

Sensation de piqûre dans le sein de la femme, avec ulcération du mamelon.

Bouffissure du corps entier, avec dyspnée et accès de fièvre, irréguliers.

Œdème des deux jambes.

Sueur par le moindre mouvement. Sueur nocturne gé-

nérale; sueur le matin après le réveil, persistant parfois pendant toute la journée, très opiniâtre.

Sueur d'odeur répugnante. Sueur fétide aux pieds.

Symptômes rachidiens et motilité. — Fréquentes raideurs et contractures musculaires, surtout le matin améliorées par le mouvement, avec froid très accusé. Léger opistothonos un peu de trismus, raideur des bras, de tout le membre inférieur.

Tiraillements dans les muscles de la nuque. Le sujet, involontairement, remue et secoue la tête. Raideur de la nuque. Tiraillement avec tension dans les muscles de l'épaule et du dos. Raideur de la colonne vertébrale. Picotement douloureux au-dessous de la hanche droite,au point qu'il devient impossible de se coucher sur ce côté. Endolorissement des muscles du dos. Douleur à la région sacrée.

Douleurs dans l'articulation de l'épaule par mouvement du bras, avec tremblement de la main. Rhumatisme de l'épaule; tiraillements depuis l'articulation jusqu'à la racine de la main; tiraillements dans les bras; tiraillements dans les articulations des doigts. Froid glacial des mains. Raideur des jambes, depuis la hanche jusqu'au pied; tiraillements dans la cuisse et l'articulation du genou, surtout à droite. Douleur tiraillante profonde dans les os de la cuisse et des jambes. Crampes violentes dans les mollets et à la plante des pieds. Douleurs dans les articulations métatarso-phalangiennes. Hygroma patellaire. Gonflement de toutes les articulations du pied.

Douleurs brûlantes des œils-de-perdrix.Abondante sueur des jambes et des pieds. Grand refroidissement des pieds, surtout le soir.

Tremblement des membres, empêchant d'écrire.

Spasmes pouvant se prolonger pendant toute une semaine, avec pouls tantôt faible, tantôt serré.

Mouvements convulsifs du cuir chevelu d'avant en arrière et réciproquement, en même temps que léger trismus. Par une sorte de tic, la tête est projetée six ou sept fois en avant, le matin, sans aucun trouble du sentiment.

Lassitude et faiblesse générale.

Sensation d'engourdissement général, le soir, avec céphalée, impossibilité de parler et absence d'idées.

Parésie douloureuse du bras, avec refroidissement et cyanose.

Démarche mal assurée, crainte continuelle d'entorse, les tendons du cou-de-pied étant affectés.

Organes de la digestion. — Gencives tuméfiées, saignantes, ramollies, douloureuses et se détachant de la mâchoire. Vésicules suppurantes sur gencives rouge foncé. Douleurs pulsatives et piquantes dans les dents creuses.

Odontalgie aggravée par le contact de l'air, au lit, en mangeant chaud. Sensation d'allongement des dents. Gingivite expulsive (périostite alvéolo-dentaire). Carie dentaire à marche rapide.

Herpès labial. Tuméfaction des lèvres. Langue recouverte d'un épais enduit muqueux. Vésicules très douloureuses à la langue, surtout à la pointe.

Salivation temporairement augmentée et salée. Le plus souvent, sensation de sécheresse dans la cavité buccale et au palais. Catarrhe pharyngé et inflammation des amygdales. Sensation de sécheresse et de raucité au pharynx. Accumulation de mucosités au voile du palais, qui est rouge. Difficultés de déglutition avec mal de gorge; sensation d'un corps étranger au pharynx. Abcès de l'amygdale. Gonflement de la parotide. Odeur répugnante; mauvais

goût de la bouche, variant du salé au putride. Manque d'appétit et de goût. Répugnance pour la viande. Inappétence alternant avec boulimie. Désir insolite de vin et de vinaigre. Digestion très pénible.

Dyspepsie très fortement accusée: ardeur à l'estomac et soda; rapports, hoquets, nausées, efforts de vomissements, pulsations épigastriques, intermittences cardiaques après les repas, vertige et anxiété, fièvre et rougeur de la face, cuisson dans la gorge, ballonnement du ventre, coliques et selles répétées, lassitude extrême.

Nausées, vertiges et pyrosis, le matin à jeun; douleur et sensibilité épigastriques; vomissements muqueux ou bilieux, accompagnés d'efforts considérables qui finissent par faire rejeter du sang.

Les douleurs abdominales sont très nombreuses et très variées, dans leur siège et dans les conditions où elles surgissent.

Météorisme avec saillie des veines superficielles de l'abdomen. Borborygmes, pincements, tranchées et gargouillements. Emission de vents fétides. Inutiles tentatives d'aller à la garde-robe. Sensation d'un corps étranger dans l'anus. Contractions douloureuses, élancements au périnée et jusque dans la vulve. Sensation d'ulcération à l'anus avec brûlement et démangeaison. Selles sanguinolentes.

Hémorrhoïdes gonflées et douloureuses au toucher.

Diarrhée, puis constipation, se terminant par l'évacuation en masse de matières dures.

Le foie est intéressé: douleurs pressives, lancinantes et grande sensibilité de l'organe. Douleurs fusantes au-dessous de la région du foie.

A noter, chez les femmes enceintes, grand endolorisse-

ment de l'abdomen; les mouvements de l'enfant sont péniblement ressentis.

Avortement après le cinquième mois. Lochies fétides et excoriantes. Mamelons excoriés, ulcérés et saignants.

Organes de la respiration. — Fréquents éternuements, pendant plusieurs jours consécutivement, sans coryza notable. Sensation de sécheresse dans le nez et aux narines. Cavité nasale obstruée par d'épaisses masses muqueuses. Coryza tantôt fluent, tantôt épais, prolongé.

Sensation de sécheresse dans le larynx, avec chatouillement, toux sèche, raucité, et ulcération au larynx et à la gorge.

Constriction de la poitrine surtout vers le soir et haleine courte, en marchant. Respiration pénible avec palpitations, après émotions. Dyspnée le matin, au réveil, avec sueur.

Asthme, humide catarrhe chronique, bronches remplies de mucosités.

Toux sèche, brève, spasmodique, le soir au lit, pendant plusieurs heures, avec élancements dans l'hypochondre droit, chaleur et sueur.

Expectoration peu abondante, très difficile, avec sifflement, râle trachéal et douleur cuisante à la gorge. Crachats petits et durs, de goût très salé.

Sensation de vide dans les poumons. Violente pression sur la poitrine, plus forte à gauche.

Par la respiration ou la toux, points à gauche, dans la poitrine et sous l'omoplate. Sensation de plaie au milieu de la poitrine.

Les symptômes pectoraux sont améliorés par pression avec la main sur la poitrine.

Organes de la circulation. — Palpitations cardiaques après émotions morales. Interruption des battements du

cœur, surtout après les repas; inquiétude, tremblement, anxiété, dyspnée ou suffocation et tremblement des membres.

Réveil avec violentes palpitations. Palpitations avec anxiété, à propos de faits passés depuis longtemps.

Congestion sanguine vers la poitrine avec violentes palpitations.

Ralentissement du pouls (après 58 jours d'expérimentation).

Rétrécissement et élargissement spasmodiques de circuits circulatoires isolés et, par suite, absence de sang et pléthore dans les parties du corps isolées; stases veineuses par relâchement des parois, surtout dans le système de la veine-cave inférieure.

Syncopes très faciles par le mouvement, en allant en voiture.

Organes urinaires. — Sensation comme si l'urine s'écoulait goutte à goutte. Douleurs tranchantes et brûlantes dans l'urèthre. Ténesme vésical. Envies fréquentes et continuelles d'uriner. Incontinence nocturne d'urine.

Rétention d'urine, comme symptôme alternant. Après l'urination, perte de liquide prostatique.

Urine limpide et abondante. Abondance et besoins fréquents d'uriner persistant très longtemps. Parfois, par le repos, urine fétide avec sédiments.

Hématurie; le sang se prend en caillot au fond du vase.

Organes génitaux. — Chez l'homme, excitation, érections et pollutions. Diminution du pouvoir sexuel, éjaculation trop rapide, frigidité. Après le coït, sensation de faiblesse insolite aux genoux. Sensation voluptueuse, faible, par le coït. Abondantes transpirations des parties génitales. Tiraillements douloureux dans les testicules. Gland très rou-

ge, chaud, avec démangeaison et sensation d'écorchure. Balanite et balano-posthite.

Chez la femme, pression dans l'utérus et sensation de prolapsus vaginal par chute de la matrice, puis pertes de mucosités gélatineuses. Inflammation des parties génitales. Perte de sang par l'utérus, après le coït et en marchant. Règles en avance, mais en même temps moins abondantes. Règles en retard.

Avant les règles, coliques utérines et dispositions à la syncope; frissons tout le jour, leucorrhée, cuisson et gonflement de la vulve, qui semble à la patiente être plus ouverte et agrandie. Quinze jours avant la période attendue, perte de quelques gouttes de sang, par le vagin.

Pendant les règles, épuisement des forces et obscurcissement de la vue, alternatives de chaleur et de froid, céphalalgie et odontalgie; idées tristes, constriction douloureuse à la poitrine, borborygmes.

Pendant la ménopause, réapparition des règles depuis longtemps disparues.

Leucorrhée avec douleurs utérines, prurit vulvaire et vaginal, rougeur et excoriation à la vulve, au périnée et entre les cuisses. L'écoulement est jaunâtre ou laiteux, franchement purulent, verdâtre et fétide, ou, au contraire, clair comme de l'eau, parfois légèrement rougeâtre.

III. — Thérapeutique.

De cette pathogénésie, excessivement touffue et que nous avons récapitulée d'après les principaux auteurs, surtout d'après Hahnemann, il résulte que *Sepia* impressionne la plupart des organes et la plupart des tissus. Pour bien fixer l'action de ce précieux agent thérapeutique et nette-

ment spécifier sa sphère d'influence, il est nécessaire de mettre un peu d'ordre dans un tableau si complexe.

Rappelons-nous, d'abord, que torpeur et dépression se terminant volontiers par un complet épuisement des propriétés vitales, se rencontrent côte à côte avec le plus grand nombre des symptômes pathogénétiques; que les malaises cèdent le jour et augmentent en intensité le soir et la nuit, pendant et inmmédiatement après les repas; que ces troubles disparaissent par l'exercice ou sont améliorés par lui, ainsi que par la pression sur la partie malade, et qu'ils s'accompagnent souvent de frilosité, de grande sensibilité à l'air froid; enfin, que beaucoup de symptômes dénotent un haut degré de congestion veineuse.

L'organisme féminin est surtout influencé par ce médicament; si bien qu'avec grande raison, Teste, dans sa *Systématisation de la matière médicale*, a pu dire: « Quel que soit le siège apparent de la maladie à laquelle correspond la *Sepia*, on peut affirmer, à coup sûr (l'expérience à cet égard ne me laisse aucun doute), qu'elle implique *constamment* certains désordres, apparents ou latents, organiques ou fonctionnels de l'appareil génital. »

Quoiqu'elle s'adapte également à l'organisme masculin, cette substance affecte principalement les femmes débiles, blondes, à peau fine à face jaunâtre, aux yeux cernés; elles sont accessibles à toutes les impressions: « Ces indications, dit Piedvache, sont corroborées par les traits généraux suivants : troubles utérins, règles en avance et leucorrhée corrosive, abattement moral et physique, hyperesthésie générale cutanée et musculaire, aggravation des douleurs la nuit, par le froid et après les repas, tressaillements et tremblements musculaires, frissons et froid continuels, palpitations et suspensions des battements cardiaques, bouffées

de chaleur, taches jaunes et terreuses sur le visage, enrouement, cuisson dans la gorge, salivation, dyspepsie, vomissements, diarrhée fétide, ballonnement du ventre, ténesme rectal et vésical. »

Comment s'exerce l'action de ce médicament qui, embrassant la plupart des fonctions et des tissus, impressionne profondément les forces vitales ?

On ne pourrait guère l'expliquer autrement qu'à la faveur d'une influence directe sur les nerfs vaso-moteurs, d'où elle se répercute à travers tout l'organisme.

Nous voyons, en effet, se produire, très rapidement, des troubles de la circulation qui s'accentuent à mesure que se poursuit l'expérimentation: bouffées de chaleur et afflux de sang, se terminant par des sueurs avec une sensation de faiblesse et de syncope, en sont les conséquences immédiates, et s'aggravent par chaque mouvement. Parallèlement existe un éréthisme du système nerveux, provoquant anxiété et inquiétude. Les céphalalgies et les congestions locales, sont, elles aussi, tributaires de cette perturbation dans le système nerveux de la vie animale et des nerfs vaso-moteurs.

Ainsi, également, se comprennent le relâchement des tissus et la faiblesse nerveuse. L'expérimentateur, abattu d'abord, s'épuise et perd connaissance. Les articulations sont à ce point affaiblies, qu'elles semblent vouloir se disloquer.Il surgit une flaccidité des viscères,tandis que les congestions veineuses persistent et s'exagèrent par faiblesse vaso-motrice: engorgement et prolapsus de l'utérus n'ont pas d'autre cause, pendant que la fonction hépatique se ralentit par stase dans la veine-porte.

Les vaisseaux étant gorgés de sang, les membres deviennent douloureux et se fatiguent, et il en résulte une

dépression générale des forces vitales, d'où la sensation de pesanteur, semblable à la paralysie, dans les membres, principalement la raideur et la lourdeur des jambes, le tremblement et la syncope.

A leur tour, les sphincters sont affaiblis, et il s'ensuit le prolapsus du rectum, la paresse et la lenteur avec lesquelles se vident l'intestin et la vessie, bien que l'on ne se trouve pas en présence d'une paralysie complète.

La coloration jaune et terreuse de la face; les sécrétions fétides, acides et excoriantes; les émanations nauséabondes de la peau, qui a tendance aux éruptions, aux décolorations, à la desquamation, à l'ulcération, sont des signes évidents d'altérations organiques.

« Parmi les cooditions qui modifient l'action de *Sepia*, aucune, dit Farrington, n'est aussi importante que l'influence du mouvement. »

Cependant, s'il en résulte une amélioration, on voit aussi certains symptômes s'aggraver par les efforts. Comment trancher la difficulté ?

Farrington nous donne la clé de ces phénomènes contradictoires en apparence: « Beaucoup de symptômes sont imputables au relâchement des tissus, à la torpeur et, tout particulièrement, à l'excessive plénitude des veines: le mouvement améliore ces symptômes, parce qu'il favorise le retour du sang au cœur. L'aggravation, par l'équitation ou par le séjour sur un bateau, résulte, elle, nécessairement, de l'ébranlement des parties sensitives et de l'augmentation de la stase veineuse... »

... « L'homme, continue Farrington, a de l'éréthisme sexuel, mais sans énergie, et le coït provoque un grand épuisement (neurasthénie). La femme est éréthique avec

hystérie, ou prolapsus utérin, palpitations cardiaques, orgasme sanguin, syncope, etc.

... « Un grand nombre de symptômes paraissent dépendre de la congestion veineuse et ressortir surtout au système de la veine-porte... »

... « Pour les symptômes cutanés, nous voyons encore l'influence du médicament se traduire par une circulation veineuse insuffisante. Nous savons que par l'inaction des nerfs vaso-moteurs, la peau est davantage exposée aux excitations et surtout aux exanthèmes herpétiques, sur lesquels *Sepia* agit curativement (Cf. *Borax* et *Mezereum*). »

... « Ce médicament impressionne explicitement le tissu conjonctif qu'il affaiblit. C'est ainsi que surgit la faiblesse des articulations, qui se disloquent facilement. » *Sepia* est un remède des maladies chroniques (Goullen von Gersdorff, Gross, Wahle).

IV. — Clinique.

Avant d'examiner par série les divers organes qui sont dans la sphère d'action de *Sepia*, remarquons que, dans tous les cas cliniques, nous trouvons un état moral caractéristique. Le patient, plus généralement la femme, est abattu, lunatique, et pleure facilement; tristesse, le plus souvent, liée à l'excitabilité, qui est, pour la femme, une indication presque infaillible. D'autres fois, la malade est dans un état de complète indifférence, et ne s'occupe pas de son ménage, ni même de sa famille.

Les organes maternels étant plus spécialement touchés, c'est par eux que nous commencerons.

Métrite chronique. — L'utérus est congestionné, sensible au toucher, et placé en position vicieuse (prolapsus o..

rétroversion). Dans les cas avancés, augmentation de volume de l'organe et induration du col. Leucorrhée un peu fétide, verte ou jaunâtre. Douleurs pressives vers le bas-ventre et aux reins, parfois tellement violentes, qu'elles coupent la respiration. La malade a la sensation d'un objet poussé avec violence hors de la vulve, sensation qui s'améliore dans la position assise, les jambes croisées. Douleur dorsale, lombaire ou sacrée, aggravée par la station debout ou par la marche. Douleurs brûlantes dans l'utérus, parfois aiguës, s'irradiant vers en haut, ou bien sensation de l'utérus comprimé dans une main (Cf. *Cactus* et *Lilium tigrinum*).

Les règles sont ordinairement tardives et parcimonieuses. Les mains sont chaudes et les pieds froids; ou bien, dès que les pieds se réchauffent, les mains se refroidissent. Ceci est une excellente indication pour *Sepia*.

Endométrite chronique, avec sensibilité au-dessus de la région utérine et constant besoin d'uriner.

Prolapsus de l'utérus.— Symptômes de pression, comme si quelque chose allait s'échapper par le vagin. Sensation de plénitude à l'estomac et à l'abdomen. Médicament principal.

Prolapsus du rectum. — L'organe est inactif, il semble toujours plein, même après garde-robe expulsée avec difficulté (Cf. *Anacardium*).

Leucorrhée vaginale, surtout chez les chlorotiques. Règles en avance, plutôt parcimonieuses; écoulement d'un liquide laiteux ou jaunâtre; urination involontaire; urine fétide avec dépôt jaune adhérent au vase; vide à l'épigastre et sensation d'expulsion des organes pelviens.

Mélancolie des femmes enceintes, généralement imputa-

ble à des lésions utérines graves et étendues. Craintes et sollicitude exagérées pour la santé.

Ménopause: bouffées de chaleur, sueurs, gaz, diarrhée, hémorrhoïdes, nervosisme, en alternance avec *Calcarea carbonica.*

Ovarite chronique, avec douleurs sourdes et pesanteur.

Vaginite. — Catarrhe sec du vagin, qui est douloureux, particulièrement au moment du coït. La vulve est également intéressée et douloureuse au toucher. Sensation d'un objet voulant s'échapper par la vulve. Sensation de vide à l'estomac.

Vomissements nerveux de la grossesse, avec sialorrhée.

Constipation, liée à la métrite chronique avec répercussion réciproque. Troubles digestifs, accès de syncope, sensation de poussée vers le bas de l'utérus, comme si tout allait faire irruption à travers la vulve. En même temps, leucorrhée, déplacements vicieux de l'utérus, pieds froids, congestion vers la poitrine et la tête, teint ictérique de la face, dartres, transpiration fétide, règles en retard et parcimonieuses, disposition à la tristesse.

Avortement. — Troubles circulatoires manifestes, irritabilité nerveuse et laxité des fibres; sensation de pression dans l'anus, comme par présence d'une grosse boule.

Coït suivi de dépression mentale.

Gerçures et ulcérations du mamelon.

Congestion utérine. — Abdomen démesurément gros, parfois très dur, avec sensation de ballonnement. Tiraillements douloureux à la région lombaire; flueurs blanches. hémorrhoïdes; tendance à la tristesse.

Hémorrhoïdes très douloureuses, par la marche surtout, saignantes, enflammées, dures et tendues, avec sensation de boule dans le rectum.

Dyspepsie acide avec abdomen ballonné, éructations acides ou fétides, parfois nausées, vomissements et pyrosis. Dyspepsie avec hypochondrie, principalement à la ménopause, suite de colère rentrée ou d'excès génésiques. Dyspepsie atonique (nausées et vomissements améliorés par les repas et le repos au lit). Dyspepsie flatulente, avec grande envie d'acides, endolorissement de l'abdomen et du foie, éruption vésiculeuse dans la cavité buccale et sensation de torsion dans l'abdomen, remontant vers la gorge.

Foie augmenté de volume avec pesanteur à la région hépatique. L'organe est torpide, douloureux, pesant, et le malaise s'irradie vers l'épaule droite, avec céphalalgie occipitale, teint livide et surtout raie jaune sur le dos du nez. Ictère.

Diarrhée verte, muqueuse, surtout à la suite de lait bouilli, chez les enfants, pendant la dentition, avec urine trouble, excoriante et sédiment adhérent au vase, rapide chute des forces et émaciation.

Entérite chronique: évacuation d'abondantes masses glaireuses, cylindriques ou en forme de ruban.

Tympanite: grand météorisme, borborygmes, pincements, tranchées et gargouillements.

Uréthrite catarrhale: miction fréquente, brûlement douloureux au col de la vessie, à l'urèthre et au méat; lente émission d'urine.

Cystite avec miction lente mais continuel besoin d'uriner et sensation de renversement au-dessus du pubis (cystocèle).

Incontinence nocturne d'urine, surtout pendant la première partie de la nuit.

Blennorrhagie chronique (goutte militaire). Très efficace à la 30e dilution, en alternant avec *Thuya* 30e.

Céphalalgie, ordinairement névralgique, s'étendant fréquemment de l'occiput aux yeux; parfois congestive et siégeant au vertex, ou encore associée à des désordres hépatiques.

Migraine. — Battements sur les yeux, douleurs profondes, lancinantes, qui paraissent siéger aux méninges.

Névralgies brachiale, faciale, ischiatique. Surtout chez la femme et pendant la grossesse.

Odontalgie liée à des troubles sexuels.

Bronchite chronique: le soir, quintes de toux sèche, prolongée et suffocante; peu d'expectoration, vomissements presque constants, petites hémoptysies.

Cœur. — Troubles fonctionnels, chez les femmes, palpitations avec sensation de tremblement, avec afflux de sang.

Scrofule: symptômes cutanés signalés au cours de la pathogénésie. Plus particulièrement:

Eczéma étendu à la tête, à la face, aux plis articulaires, à la vulve et à l'anus (croûtes sèches.adhérentes et très longues à se détacher: eczéma impétignieux). *Sepia* 12[e] en alternance avec *Graphites* 12[e] ;

Herpès circiné ; herpès des parties génitales. Ulcères herpétiques ;

Urticaire aggravée à l'air froid ;

Couperose par troubles sexuels chez la femme.

Angine glanduleuse: grattement à la gorge, aphonie, excrétion de mucosités tenaces, de crachats semblables à des grains de millet.

Hypertrophie des amygdales.

Goutte (névralgies et douleurs dans les tendons).

Asthme dartreux ou goutteux.

Hémiopie verticale.

Cataracte liée à une affection utérine.

Frilosité.

Fourmillements aux extrémités.

Sueurs acides à la tête, avec tendance à la lipothymie.

Sueurs par le moindre mouvement, nocturnes, générales, persistantes, d'odeur répugnante, aux pieds surtout.

Chlorose. Elle est une résultante des désordres utérins et gastriques, et des nombreux symptômes qui les accompagnent (état moral, faiblesse, essoufflement, coloration terreuse de la face, frilosité et bouffées de chaleur), d'où l'indication de *Sepia.*

Hyponchondrie et *hystérie*, avec troubles de la sensibilité, se réclament du même médicament.

V. — Mode d'emploi et doses.

Ce médicament n'est pas usité par l'Ecole allothérapique l'Ecole homœothérapique prépare une teinture-mère et des triturations avec le liquide de la sèche.

Il est employé aux basses triturations, principalement contre les affections utérines ; dans les autres cas, aux dilutions moyennes et aux atténuations élevées.

MUREX PURPUREA
(*Coquille à pourpre*)

Bibliographie.

T.-F. Allen. *A Handbook of Materia medica.* Philadelphie, 1889.

Farrington. *A clinical Materia medica.* Philadelphie, 1887.

Ecalle, Delpech et Peuvrier. *Pharmacopée homœopathique française.* Paris, 1898.

R. Hughes. *A Manuel of Pharmacodynamics.* Londres, 1880.

PETROZ. *Etudes de thérapeutique et de matière médicale*, expérimentale. Paris, 1884.
P. JOUSSET. *Traité élémentaire de matière médicale, expérimentale*. Paris, 1884.
G. SIEFFERT. *Formulaire de thérapeutique positive*. Paris et Leipzig 1899.

I. — GÉNÉRALITÉS.

Mollusque gastéropode qui fournissait autrefois la pourpre, et se rencontre en grande quantité dans la Méditerranée. Ce mollusque possède près du cou, un repli en forme de gibecière, contenant un liquide visqueux et incolore, qui, au contact de l'air, devient successivement jaune, vert, bleu et enfin rouge pourpre.

II. — PATHOGÉNÉSIE.

Ce médicament n'a été qu'incomplètement expérimenté sur l'homme sain.

Symptômes généraux. — Les malaises apparaissent le plus souvent pendant le repas, et disparaissent par le mouvement. Grande fatigue, somnolence avec tristesse, disposition mélancolique surtout le soir. Le sujet tiré du sommeil par la douleur, se réveille avec violent besoin d'uriner. Rêves effrayants et souvent avec peur et crainte.

Système nerveux. — Faiblesse de la mémoire et difficulté de la pensée. Tête entreprise avec peu de goût et inaptitude au travail ; tête lourde et somnolence alternant avec esprit éveillé. Céphalalgie diversement localisée, bourdonnements d'oreilles, sensation de froid insolite et obsédante dans le nez ; brûlement à la région malaire, tantôt à droite, tantôt à gauche. Douleurs musculaires dans

les membres, douleurs à l'aine, grande fatigue des jambes, qui vont jusqu'à ployer.

Circulation. — Palpitations et renforcement des pulsations des artères cervicales.

Organes respiratoires. — Voix altérée, enrouement : petite toux sèche avec constriction de la poitrine, le matin, respiration sifflante, le soir, douleurs dans la poitrine ; picotements au-dessous des fausses côtes.

Organes de la digestion. — Sensation de faim, exclusivement le matin ; à midi, manque d'appétit. Douleur tenace, à la région des côtes inférieures, à droite ; douleur piquante persistante dans la profondeur du bas-ventre, à gauche, s'étendant plus loin pendant quelques heures. Constipation durant quelques jours, garde-robe difficile, pression douloureuse dans l'anus.

Organes génito-urinaires. — Fréquent besoin d'uriner, jour et nuit, avec urine claire, sentant la valériane, et sédiment blanchâtre. En urinant, léger écoulement de mucus et de sang (chez la femme).

Sur les organes génitaux de la femme, ce médicament détermine une excitation sexuelle excessive, allant jusqu'à la lascivité et augmentée par le moindre attouchement. Sensation de douleur et de constriction convulsive dans l'utérus ; pulsations et douleurs lancinantes dans l'utérus ; vives douleurs au bas-ventre, à droite, s'irradiant vers la poitrine. Sensation de pression et de pesanteur dans le vagin et les lèvres vulvaires. Ecoulement sanguin par le vagin. Leucorrhée aqueuse et purulente. Douleurs piquantes dans les seins.

IV. — Thérapeutique.

Quoique l'expérimentation pathogénique de *Murex* soit

incomplète, quelques-uns de ses symptômes ont été cliniquement confirmés. Dunham et B.-F. Beth, en Amérique, ont mis ce médicament en parallèle avec *Sepia*, avec lequel il possède une grande communauté d'action sur l'utérus, bien qu'il y ait entre les deux quelques différences.

Murex, comme *Sepia*, provoque de la congestion utérine, de la défaillance épigastrique, de l'irritation vésicale, de la faiblesse musculaire et de la dépression mentale, mais il possède en outre l'excitation génésique poussée jusqu'à l'absence de toute pudeur. Les sécrétions sont plus copieuses qu'avec *Sepia*, par conséquent, les règles profuses, au lieu d'être parcimonieuses. Les deux médicaments cependant déterminent des règles intermittentes. Urination abondante, d'urine claire, la nuit, la malade se réveille d'un coup, avec violent besoin d'uriner, et ce symptôme est moins marqué pour *Sepia*.

V. — Clinique.

Aphrodisie (excitation sexuelle excessive, provoquée par le moindre attouchement (Cf. *Lilium*, *Platina*, *Creosotum*).

Dysménorrhée avec déplacement de l'utérus.

Métrite hémorrhagique, avec hypertrophie et ulcération du col.

Induration du col utérin, sensation d'endolorissement, ou sensation comme si, dans le bassin, il y avait pression d'un objet sur un endroit à vif (Beth). Douleurs lancinantes s'irradiant vers l'abdomen ou le thorax, avec leucorrhée épaisse, verte ou sanguinolente.

Subinvolution utérine, après accouchement, avec pression sur le rectum et gonflement des hémorrhoïdes.

Mammalgie : douleur dans un seul sein, augmentée à l'approche des règles et pendant la menstruation. Ce mé-

dicament a donné de bons résultats, même quand il existait une tumeur du sein (P. Jousset).

Névralgie du mamelon chez l'homme (A. Claude).

Leucorrhée sanguinolente.

Prolapsus utérin, lorsqu'il y a sensation de renversement et irradiation douloureuse vers la poitrine ; la malade croise les jambes pour s'opposer à la chute de l'organe.

Polyurie surtout abondante la nuit.

VI. — Mode d'emploi et doses.

Non plus que *Sepia*, ce médicament n'est employé par l'Ecole allothérapique. Les homœopathes préparent avec le liquide de *Murex*, les trois premières triturations, seules préparations usitées.

PECTEN

(*Pétoncle*).

Swan avait appris fortuitement, par un quidam, que celui-ci éprouvait un violent accès d'asthme avec suffocation menaçante, chaque fois qu'il pénétrait dans une pièce où lon ouvrait des pétoncles. Swan prépara une atténuation de la substance, et l'employa avec succès dans des cas similaires (*Org.* II, p. 449). T. Franklin Smith (*Ibid.*), rapporte un cas d'asthme humide guéri rapidement et définitivement au moyen de *Pecten* 1,[e] trituration centésimale. Les signes en étaient : respiration courte et laborieuse ; le sujet ne peut être couché à plat, ni sur le côté gauche ; constriction de la poitrine, principalement à droite. Les

accès étaient, pendant un ou deux jours, précédés par des éternuements et un excessif coryza ; sensation de brûlement à la gorge et dans la poitrine ; plénitude de la tête ; pouls très rapide et filiforme ; plus tard copieuse expectoration de mucus dur, filant et squameux. Symptômes aggravés la nuit (J.-H. Clarke).

CLINIQUE : *Asthme humide.*

PRÉPARATION : Trituration de teinture avec l'animal vivant.

HELIX.

(Escargot)

Bibliographie.

J.-H. CLARKE. *A. Dictionary et practical Materia medica.* Londres, 1900.

KRANZ-BUSCH. *Die neueren amerikanischen Heil-mittel.Allg.hom.* Zeitung, 1908.

W.-H. LÉONARD. *Médical Advance*, XXII, 310.

W. SCHWABE. *Pharmacopœa Homœopathica polygletta.* Leipzig, 1880.

I. — GÉNÉRALITÉS.

Ce gastéropode, animal très connu, jouit d'une grande réputation populaire. Les poitrinaires avalent des escargots vivants, dans le but de guérir. L'animal, écrasé vivant avec sa coquille, et appliqué en cataplasme, ferait, dit-on, avorter les panaris.

II. — CARACTÉRISTIQUES.

De tout temps, les escargots ont passé pour être un médicament curatif de la phtisie. Les homœopathes l'ont administré en atténuations, et W.-H. Leonard rapporte deux

cas de guérison. Un sujet avait de fréquents accès d'hémoptysie, avec continuel enrouement, toux sèche et chatouilleuse, aggravée la nuit, et empêchant le sommeil, dyspnée par ascension des escaliers. Il avait inutilement essayé tous les remèdes usuels. Trois doses de trituration centésimale, et il n'y eut plus d'hémorrhagie. Quelques semaines plus tard, crainte de rechute, et le malade prit quelques doses de plus. Quatre mois plus tard, le malade était dans un état de santé bien meilleur, et ne ressentait plus rien. Une dame tuberculeuse vit, après couches, son état s'aggraver. Les remèdes appropriés ne purent enrayer les progrès de la maladie. Il se produisit finalement des hémorrhagies. On administra *Helix* en trituration centésimale, et, comme dans le cas précédent, le résultat fut très rapide. Les hémorrhagies cessèrent ; toux et expectoration s'améliorèrent graduellement ; après huit mois, la malade fut entièrement rétablie, et n'éprouva pas de rechute.

III. — Clinique.

Ce médicament, employé à haute dilution, a donné de bons résultats contre de *fréquentes attaques d'hémoptysie* accompagnée d'une raucité de la voix, d'accès de toux sèche plus importants la nuit, et de dyspnée surtout par la marche. Il se serait encore révélé efficace contre la *phtisie pulmonaire*.

IV. — Mode d'emploi et doses.

L'animal grillé pour trituration. L'animal dépecé vivant pour teinture-mère. Thérapeutiquement, on emploie les basses triturations, la teinture mère et toutes les atténuations.

Dr G. Sieffert,

RAPPORTS DU CORPS THYROIDE ET DE L'OBÉSITÉ

L'opinion la plus répandue est que la médication thyroïdienne a une action contre l'obésité, qu'elle amène de l'amaigrissement.

Nous avons déjà vu (1) que MM. Marcel Labbé et Furet ont démontré dans une observation très minutieuse que le corps thyroïde, employé dans le traitement de l'obésité, entrave plutôt l'action du régime alimentaire.

MM. Léopold Lévi et H. de Rotschild ont communiqué à la Société médicale des hôpitaux (2) un travail très complet pour étudier l'action de la cure thyroïdienne sur l'obésité. Nous n'en avons pas parlé dans notre compte rendu, car nous voulions revenir sur ce sujet, qui nous intéresse particulièrement au point de vue de la matière médicale du corps thyroïde.

Les auteurs ont divisé leur étude en trois parties: 1° Action de la médication thyroïdienne dans les états thyroïdiens ; 2° maladies thyroïdiennes (myxœdème, goître exophtalmique) ; 3° obésité dans ses rapports avec le corps thyroïde.

I

Dans les états thyroïdiens, la médication thyroïdienne peut diminuer ou augmenter le poids du corps.

A. — Elle diminue le poids du corps, soit d'une façon peu accentuée.

a) Elle diminue le poids du corps d'une façon marquée. Cela se voit surtout dans l'obésité, lorsque le corps thy-

(1) *Société médc. des hôpitaux*, séance du 31 juillet 1908. *Art médical*, novembre 1908.

(2) Séance du 30 octobre 1908.

roïde, est employé à doses excessives, ordinairement hors du contrôle du médecin.

Dans ces cas, si les doses ont été poussées à l'extrême, il se fait un amaigrissement considérable, et il se développe des accidents basedowiens.

Comme exemple, les auteurs reproduisent un cas de von Notthaft.

Il s'agit d'un sujet de 43 ans, affecté d'obésité pour laquelle, de son propre chef, il se mit au traitement thyroïdien. Il absorba de 8 à 15 tablettes de 0 gr. 30 par jour (soit 2 gr. 40 à 4 gr. 50 de glande fraîche), environ 1.000 tablettes (300 grammes) en cinq semaines. Dans ce cas l'amaigrissement fut considérable. Le malade perdit 28 livres de son poids. Mais une véritable maladie de Basedow complète (avec exophtalmie, hypertrophie thyroïdienne, tachycardie, etc.) fut réalisée par cette expérience involontaire.

C'est un exemple de l'action toxique du corps thyroïde à doses excessives.

b) La médication thyroïdienne produit une diminution de poids légère (1 à 3 kilogrammes) dans diverses conditions.

1° C'est une conséquence de l'emploi du corps thyroïde à *doses utiles*.

MM. Léopold-Levi et de Rothschild rapportent trois cas de rhumatisme traités par l'ingestion de cachets de 0 gr. 10 de poudre thyroïdienne, améliorés par cette médication, et dans lesquels on a constaté les diminutions de poids de 2 kg. 500, 3 kg. 300 et 1 kg. 900.

2° Au début de la médication, diminution passagère.

Les auteurs rapportent l'observation d'une jeune fille de 17 ans, pour laquelle ils donnent le diagnostic d'insta-

bilité thyroïdienne (arrêt de la croissance depuis trois ans, frissons, gencives molles, ongles cassants, nervosité, alternatives de pleurs et de fou-rire, céphalée).

Après une semaine de traitement, diminution de poids de 750 grammes ; après avoir pris 50 cachets, son poids a augmenté de 3 kg. 320.

3° Cette diminution du poids s'observe chez les sujets chez qui l'analyse clinique révèle une *nutrition orientée vers l'amaigrissement*, et dans ce cas de très petites doses suffisent quelquefois.

MM. Léopold-Levi et H. de Rothschild publient deux cas de malades déjà prédisposés à l'amaigrissement et chez lesquels l'amaigrissement s'est un peu accentué par le traitement thyroïdien.

Ils concluent que dans tous ces cas où la médication thyroïdienne a produit une grande ou une légère diminution de poids, c'est parce qu'elle a accru les processus métaboliques, activé les oxydations, augmenté la diurèse, réveillé l'activité du sujet et réduit son sommeil.

Dans ces conditions, la désassimilation est suractivée, les dépenses vont dépasser les recettes.

La diminution de poids, produite dans ces conditions par une petite dose de substance thyroïdienne, est légère. Elle reste conciliable avec une bonne santé. Elle est même l'indice d'une santé qui s'améliore, la manifestation du rétablissement d'une fonction insuffisante.

Mais la perte de quelques kilogrammes est loin de celle que désirent les obèses.

Lorsque la diminution du poids est considérable, comme dans le cas de von Notthaft, l'ingestion thyroïdienne produit non seulement une hyperactivité directe du métabolisme, mais elle provoque un hyperfonctionnement exces-

sif de la glande qui va jusqu'à la maladie de Basedow, comme le démontre, — dans le cas particulier, — la persistance des signes tels que l'exophtalmie, plusieurs mois après la cessation du traitement.

B. — La médication thyroïdienne augmente le poids du corps dans un certain nombre de cas.

a) D'abord chez *les enfants*.

Les auteurs signalent quatre cas d'augmentation de poids après l'ingestion de cachets de 0 gr. 10 de poudre thyroïdienne. L'augmentation a été respectivement de 4 kg. 400, 1 kg. 100, 1 kg. 800 et 2 kg. 500.

b) Cette augmentation s'observe aussi chez les *adultes*.

Trois observations à l'appui :

Dans la première, une dame sans appétit, s'améliore de ses migraines par le corps thyroïde, mais redoute ce médicament parce qu'elle augmente de 2 à 3 kg. chaque fois qu'elle fait une à deux cures de dix jours de médication thyroïdienne.

Un rhumatisant chronique est très amélioré, son appétit augmente, et il engraisse d'une façon notable : en même temps deux ou trois garde-robes par jour.

Un malade de 22 ans, traité pour le rhumatisme noueux par de très petites doses, 0 gr. 025 à 0 gr. 05 (0 gr. 10 avaient produit des accidents de thyroïdisme), augmente de 3 kg. 100.

c) La même augmentation de poids peut s'observer dans certains cas de *tuberculose pulmonaire*.

Les auteurs citent deux cas à l'appui, mais considèrent comme Hertoghe que la tuberculose est une contre-indication au traitement thyroïdien.

Pour terminer avec ces faits d'augmentation de poids, ils citent un cas d'Elliott.

Il rapporte une toxémie thyroïdienne artificielle chez un homme de 22 ans (insomnie, hyperhidrose, tachycardie (100 à 126), pulsations exagérées des carotides, tremblement). Depuis quatre mois, il prenait du corps thyroïde pour un goître et avait ingéré 1.000 grains pendant la semaine, jusqu'à 150 grains par jour.

Chose étrange, dit l'auteur, il avait augmenté de poids pendant le traitement.

MM. Léopold-Levi et H. de Rothschild font remarquer que, dans toutes ces observations d'augmentation de poids, les malades ont présenté une augmentation marquée d'appétit.

Ils concluent que l'ingestion de substance thyroïdienne active la nutrition d'une part, augmente l'apport alimentaire de l'autre. Il y a là deux influences, l'une endogène, l'autre exogène, qui s'opposent. Suivant celle des deux qui domine, on observe la diminution ou l'augmentation de poids.

II

MM. Léopold-Levi et H. de Rothschild étudient ensuite les maladies thyroïdiennes, le *myxœdème* et la *maladie de Basedow*. Ils arrivent à des conclusions analogues, la présence de deux facteurs : exogène, endogène, qui, diversement associés, donnent des résultats différents.

Toutefois, on ne peut oublier que — dans l'ensemble — les myxœdémateux, bien que présentant un appétit diminué, ont plutôt une tendance à l'obésité, et que les basedowiens, malgré leurs accès de boulimie, ont plutôt une tendance à l'amaigrissement. Il faut, il est vrai, tenir compte encore, dans la maladie de Graves, de crises de diarrhée.

III

Les auteurs étudient alors la question de l'obésité dans ses rapports avec le corps thyroïde. Existe-t-il une obésité thyroïdienne ?

Pour le démontrer, il faudrait constater que le manque de corps thyroïde, le myxœdème s'accompagne toujours d'amaigrissement. Il faut reconnaître qu'il en est souvent ainsi. Il faut reconnaître aussi que chez un certain nombre de myxœdémateux, le traitement thyroïdien produit un amaigrissement. Il y a donc incontestablement des rapports entre l'absence ou l'excès du corps thyroïde et l'obésité ou l'amaigrissement.

Mais il ne s'ensuit pas que tous les insuffisants thyroïdiens soient des obèses, ni que tous les obèses soient des insuffisants thyroïdiens.

Au point de vue pratique, le traitement de l'obésité par le corps thyroïde, en dehors des myxœdémateux, ne leur paraît pas trop à encourager, parce qu'il faut ordinairement des doses excessives pour amener l'amaigrissement, et qu'il est à craindre de transformer l'obèse en basedowien complet ou fruste.

Il nous semble que nous pourrions peut-être conclure, de notre côté, que la médication thyroïdienne agit différemment et en sens contraire suivant les personnes auxquelles on l'administre, suivant les doses auxquelles on l'emploie.

Nous nous demandons si, donnée à de fortes doses, et à un obèse, elle peut avoir une action amaigrissante, et si, au contraire, donnée à des personnes amaigries et à doses plutôt faibles, elle ne peut produire l'engraissement ·

en un mot, il nous est permis de penser que la médication thyroïdienne agit comme les médicaments sous l'influence de la loi homœopathique ; que les effets des très fortes doses et ceux des faibles doses, sont opposés, et qu'elle agit différemment suivant l'état du sujet auquel on l'administre.

Il y aurait, comme l'a dit M. Huchard, dans ce médicament, deux médicaments opposés.

MM. Léopold-Levi et H. de Rothschild ont, du reste, déjà exprimé une idée analogue dans une de leurs communications antérieures (1). « La thyroïdine, suivant les doses, est capable de produire ce qu'elle est capable de faire disparaître. »

Voilà, croyons-nous, la vérité sur les actions diverses et opposées du médicament.

MARC JOUSSET.

REVUE CRITIQUE

CONGRÈS DE LA TUBERCULOSE DE CHICAGO.

Comme doctrine générale, le congrès de Chicago n'a été qu'un pâle reflet des enseignements de l'Ecole de Lyon et de l'idée de M. Arloing sur l'identité de nature des bacilles tuberculeux humains, bovins et aviaires; la contagion de la tuberculose et ses conséquences pratiques, ont été admis sans contestation par les médecins réunis à Chicago ; et dans le compte rendu donné par la *Revue de la Tuberculose*, je n'ai pas trouvé une seule protestation contre ces

(1) *Société médicale des hôpitaux*, 5 juillet 1906.

doctrines, qui, au moins dans la vieille Europe, sont attaquées chaque jour. Quant à l'identité de nature des bacilles humain, bovin et aviaire, il y a là un malentendu très facile à dissiper[1]; et je répéterai ce que j'ai déjà eu l'occasion de dire dans le Congrès tenu à Paris en 1906. Nous ne nous préoccupons pas de savoir si, oui ou non, les bacilles humain, bovin et aviaire constituent trois espèces distinctes, ou plutôt trois variétés d'une même espèce, et pouvant se transformer par la culture, mais ce que nous maintenons comme un fait clinique incontestable, c'est que les bacilles humain, bovin et aviaire ne peuvent être comparés dans leur action pathogène. Les poules peuvent se nourrir impunément de débris contenant le bacille tuberculeux humain et bovin, et réciproquement, le bacille aviaire est difficilement inoculable aux mammifères. Le bacille humain est inoffensif pour les oiseaux, et, de l'aveu de l'Ecole de Lyon, il ne produit que des accidents locaux chez le bœuf. Le bacille bovin se distingue par une action pathogène chez tous les mammifères, aussi c'est lui qui est choisi par les expérimentateurs. La chèvre elle-même, quoique relativement rebelle à la tuberculose, est inoculée fatalement par le bacille bovin.

Pour compléter l'histoire des différences d'action pathogène de ces trois bacilles, il faudrait pouvoir expérimenter leur virulence sur l'homme, ce qui n'est pas possible. Néanmoins, des quelques expériences dues à des hommes courageux, et du résultat de l'inoculation de la tuberculose bovine chez les phtisiques, il résulte que la tuberculose bovine n'exerce dans l'organisme humain que des lésions locales ou même reste complètement stérile.

En présence de ces expériences, œuvre de médecins autorisés et de sociétés ayant pour but l'étude de la tuber-

culose, on se demande jusqu'à quel degré d'aveuglement peuvent arriver des intelligences possédées par certaines doctrines.

M. Arloing et la plupart des médecins siégeant au Congrès de Chicago connaissent comme nous les faits que nous venons de citer, et les sources authentiques où nous les avons puisés, et cependant, ils passent outre comme si ces faits n'existaient pas.

Nous regrettons donc que l'assemblée des médecins siégeant à Chicago ait accepté sans protestation un enseignement contredit par les faits de laboratoire et par la clinique et qui n'ont que la valeur due à l'opiniâtreté des médecins qui les défendent.

La contagion est la seconde erreur acceptée et défendue par le Congrès de Chicago. Cette idée de la contagion de la tuberculose est devenue, il faut l'avouer, pour un très grand nombre de médecins, une vérité incontestable, et, ni les anecdotes mensongères sur la production de la tuberculose par le lait de vache ou les expériences négatives de Balthazard avec le lait pris chez les crémiers de Paris, ni surtout les statistiques de la tuberculose dans le mariage, ni l'histoire des sanatoriums ouverts ou fermés; ni la statistique des infirmiers militaires publiée par Kelsch, ni la clinique, ni le laboratoire, ne peuvent arrêter ce courant d'opinion : la tuberculose est une maladie extrêmement contagieuse.

Avec cette conclusion fatale : déclaration obligatoire des cas de tuberculose, séquestration autant que possible des malades, et désinfection ambulante, car, ne n'oublions pas, le phtisique aime à changer de lieu et de pays.

Avec un grand nombre de médecins, dont plusieurs sont membres de l'Académie de médecine je proteste contre la

déclaration obligatoire de la tuberculose. « Vous nous déliez, dites-vous, du secret professionnel. Mais qui êtes-vous pour nous lier et nous délier? » Je répondrai comme un académicien.« Vous nous déliez de notre secret professionnel, mais notre conscience ne nous délie pas. Donc, ne nous demandez pas la déclaration de la tuberculose. »

Après avoir constaté que le Congrès de Chicago n'avait dans les questions générales qui se rattachent à la tuberculose, su que se traîner humblement dans l'ornière des préjugés, voyons quelles sont les questions cliniques agitées dans la docte assemblée.

Deux questions, à cause de leur importance pratique, nous arrête un instant, c'est le traitement et l'immunisation dans la tuberculose.

Le Congrès a reconnu avec la généralité des praticiens que les moyens hygiéniques avaient une grande importance dans la cure de la tuberculose.

Un premier point est l'action curative puissante de la lumière. Il ne faut plus dire vie au grand air, il faut dire vie en pleine lumière ; lumière de la montagne, ou lumière des stations maritimes, tant que le larynx et les poumons sont indemnes. On le sait, la lumière stérilise en quelques heures le crachat tuberculeux ; et les recherches si intéressantes et si positives faites à Paris, ont démontré que le nombre des phtisiques était en proportion avec la somme de lumière dont jouissait chaque appartement.

L'alimentation est plus difficile à régler. On s'accorde généralement à prescrire les substances alimentaires propres à engraisser le sujet, les œufs, le lait, les farineux, quant à la viande, il fut un temps où je la proscrivai entièrement ; je me suis rattaché aux enseignements du pro-

fesseur Richet, qui n'admet la viande pour les sujets tuberculisés qu'à l'état de viande crue, la viande cuite étant plutôt nuisible. Dans mon sanatorium de l'hôpital St-Jacques, je ne permets que la viande crue aux phtisiques.

L'exercice et le repos répondent à des indications spéciales. Tout tuberculeux fébricitant doit garder le lit. Cette prescription, quoique de date assez récente, est justifiée par la pratique. Le séjour au lit fait disparaître en quelques jours un mouvement fébrile qui durait depuis plusieurs mois, et si le malade recommence à se lever et à marcher, la fièvre vient aussitôt : il y a donc dans ce fait une démonstration de la nécessité de la situation horizontale pour les tuberculeux arrivés à un certain degré, et on ne doit permettre aux malades de se lever et de marcher que quand la diminution de la toux, le retour du sommeil, les fonctions digestives normales et l'augmentation du poids du malade témoignent d'une véritable amélioration. Ainsi, habitation en pleine lumière, alimentation spéciale, repos et mouvement réglés par l'existence et l'absence du mouvement fébrile, tels sont en résumé les soins hygiéniques de la cure de la tuberculose.

L'usage des médicaments se divise naturellement en ceux qui sont destinés à lutter contre la maladie elle-même et ceux qui sont réclamés par les complications. Il sera seulement question des premiers dans ce travail. Les médicaments pharmaceutiques extrêmement nombreux dans l'ancienne thérapeutique sont aujourd'hui très justement oubliés : il faut en excepter les arsénicaux et la médication iodurée qui est encore employée par un certain nombre de médecins. Je dois dire que je n'ai absolument aucune confiance dans ces médicaments. Aujourd'hui, la sérumthé-

rapie seule nous a donné des succès, et nous réservons les médicaments pharmaceutiques pour les accidents et les complications.

Beaucoup de sérums ont la prétention de guérir la phtisie. Au Congrès de Chicago on n'a parlé que du sérum de Maragliano, de Denys, et de la tuberculine, Le premier a été jugé nuisible et déconseillé aux praticiens ; restent le sérum Denys et la tuberculine. Depuis plusieurs années, nous employons sur une grande échelle dans le traitement de la phtisie, les injections sous-cutanées du sérum Denys, et nous devons dire que, si le médecin a la patience de donner des doses assez petites et assez éloignées pour ne jamais donner d'élévation de température, il arrivera très souvent à obtenir des améliorations durables et même des guérisons. Le sérum Denys est une culture filtrée et diluée jusqu'au point où les injections ne produisent plus d'élévation de température.

La plus faible préparation de Denys est au 1/100.000.000e nous commençons habituellement le traitement par la solution au 1/10.000.000e et même 1/100.000.000e. Ces injections sont répétées tous les cinq jours. A mesure que l'amélioration fait des progrès, que le malade s'habitue à l'action du sérum, on augmente les doses et quand le malade ne réagit plus avec la solution-mère, il peut être considéré comme guéri. Il y a quelques années, nous avons employé avec un succès relatif des injections avec des cultures tuberculeuses dont l'activité était affaiblie par le vieillissement.

Mais le sérum qui a été le plus approuvé par le Congrès est la tuberculine. Toutes les tuberculines, à commencer par celles de Koch, ont été employées dans le traitement de la phtisie ; mais au Congrès, on a surtout recommandé

l'usage d'une tuberculine préparée par M. Calmette, dite tuberculine C. L. Cette tuberculine, extrêmement pure, peut être introduite à haute dose et par voie intra-veineuse chez les animaux, sans produire aucune réaction. On trouvera la technique de sa préparation à la page 153 du numéro de décembre 1908 de la *Revue de la tuberculose*.

Chez les malades, il faut commencer par des doses très faibles, 1/1.000e de milligramme, en augmentant graduellement par 100e, 1.000e et 10.000e de milligramme. Les injections sont espacées à 12 jours, et ici il faudra éviter toute injection supérieure à 1/2 centigramme.

La tuberculine est un moyen qui n'a jamais produit d'accident. Il a guéri un certain nombre de phtisiques, et ceux qui n'ont pas été guéris ont été améliorés et rendus plus résistants à la marche de la maladie. Les Drs Hammer, Meissen et Petroschky ont surtout insisté sur les bons résultats fournis par la tuberculine.

Immunisation.

La question de l'immunisation a été aussi traitée par le Congrès de Chicago. On a rappelé les expériences de Calmette, et Guérin qui avaient essayé d'immuniser des animaux en leur faisant prendre des cultures tuberculeuses par la voie stomacale. Seulement, si on injecte dans les veines de ces animaux ainsi préparés une culture pure de tuberculose bovine (5 milligr.), on constate d'abord que les vaccinés gardent au moins pendant 8 mois toutes les apparences de la santé, tandis que les témoins qui ont reçu la même dose de bacilles bovins périssent entre 4 et 6 semaines. Mais après ces 8 mois, tout à coup et sans cause apparente, les cobayes sont pris d'affections tuber-

culeuses graves auxquelles ils succombent, et si on vient à sacrifier des animaux qui ne paraissent pas encore malades, on constate dans les ganglions médiastinaux et bronchiques, de très nombreux bacilles de Koch parfaitement virulents. L'immunisation conférée par les voies digestives est donc passagère, puisque, au bout de quelques mois les animaux vaccinés contractent la tuberculose.

Les injections de très fortes doses de tuberculine ont une action immunisante beaucoup plus complète. Si on injecte dans les veines des bovidés 2 ou 3 fois à 6 jours d'intervalle 0,50 de tuberculine précipitée par l'alcool, au bout de quelques jours ces animaux ainsi vaccinés résistent à l'injection intra-veineuse de 5 milligr. de bacilles bovins très virulents ; et tandis que les témoins meurent en quelques semaines, les animaux vaccinés ne présentent que des lésions locales qui évoluent très lentement ; Webb aurait immunisé des animaux en leur inoculant des doses progressives de bacilles, en commençant par « un seul bacille », il aurait obtenu une immunité complète.

Comme tous les Congrès, celui de Chicago s'est terminé par l'émission de vœux. Naturellemnet, ces vœux sont inspirés par la doctrine pathogénique de la tuberculose acceptée par le Congrès. Cette doctrine est contagionniste, comme nous l'avons vu, elle conclut donc très logiquement à la déclaration obligatoire, à l'isolement, et à la désinfection. Nous repoussons ces conclusions comme fausses en pathogénésie, illusoires en hygiène, et attentatoires à la liberté individuelle. La tuberculose, bien que transmissible par les procédés de laboratoire, n'est pas contagieuse dans les rapports sociaux, la déclaration, la séquestration et la désinfection, sont des mesures dont la première est

odieuse, et les deux autres ridicules. La pratique médicale nous a appris depuis longtemps combien dans les familles on tient à tenir secrètes les tares maladives, et nous, les dépositaires des chagrins et des préoccupations de nos clients, nous irions dénoncer à l'administration l'existence d'une tare pathologique ! C'est là un métier qu'on ne nous apprendra jamais. Et pourquoi cette dénonciation ? pour obéir à une opinion médicale, opinion qui n'existait pas hier et qui demain sera considérée comme une erreur ; parce qu'aujourd'hui, il existe chez les médecins une erreur qui consiste à considérer comme contagieuses toutes les maladies à microbes, il faudra imposer au médecin la nécessité de trahir le secret médical ; je ne crains pas de le dire, cette mesure aussi inutile que cruelle ne sera jamais acceptée par le corps médical.

Nous maintenons donc les conclusions que nous avons émises au Congrès de 1906 ; la tuberculose étant une maladie familiale et héréditaire, ne s'introduit ni par les voies respiratoires ni par les voies digestives. Nous sommes tous tuberculeux (96/100 !...) ; seulement le bacille de Koch ne se développe que quand il rencontre un terrain convenable (prédisposition définie), terrain qui existe naturellement chez un certain nombre de sujets qui est acquis chez les autres. Toute la prophylaxie consiste à empêcher que le bacille de Koch ne rencontre dans l'organisme un bon bouillon de culture ; sans cette condition il demeure indéfiniment à l'état de microbisme latent. Rappelons que, parmi les conditions hygiéniques propres à favoriser le développement de la tuberculose entrent en première ligne l'alcoolisme et l'habitation privée de lumière. Viennent ensuite le surmenage, le chagrin, l'alimentation insuffisante.

Dr P. Pousset.

REVUE DES SOCIETES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

LES ARSENICAUX EN AGRICULTURE.

Nous croyions en avoir terminé avec cette question. Mais l'Académie de médecine a les défauts de son âge et de son sexe, elle ne finit jamais de conter son histoire.

Le gouvernement, a eu l'imprudence de demander à l'Académie de médecine des conseils hygiéniques sur l'emploi des arsenicaux dans l'agriculture : or, l'Académie manque absolument des renseignements nécessaires pour répondre à la question gouvernementale, et conclut en adoptant la proposition de M. Weiss.

« L'Académie, vu l'importance des intérêts en jeu, estimant qu'elle n'est pas actuellement suffisamment renseignée sur la nature, la fréquence et la gravité des accidents dus à l'emploi des composés arsenicaux en agriculture, décide qu'il sera procédé à une enquête *médicale* pour rechercher les cas d'intoxication arsenicale aiguë ou chronique résultant de cet emploi et préciser les conditions de leur développement. »

En résumé, l'administration demande un renseignement à l'Académie, cette société est incapable de fournir ce renseignement, et conclut à la constitution d'une commission chargée de faire une enquête sur le problème qu'on lui a posé.

Cette solution est assurément la plus sage, mais pourquoi faut-il que la savante société ait consacré de nom-

breuses séances et trois de ses fascicules pour arriver à ces minces conclusions.

La cantharide dans le traitement de la néphrite épithéliale.

En 1892, M. Lancereaux avait déjà scandalisé l'Académie de médecine en préconisant la teinture de cantharides dans le traitement de la néphrite épithéliale.

Quelles que soient les précautions oratoires employées, la guérison d'une affection par un médicament qui peut la produire chez l'homme sain ne peut avoir qu'un nom, celui de thérapeutique homœopathique. Or, les travaux de Cornil ont démontré que la cantharide à doses fortes donne naissance à une néphrite ayant tous les caractères de la néphrite épithéliale, et M. Lancereaux en guérissant cette même néphrite par l'usage de la cantharide, fait évidemment de l'homœopathie. J'ajoute que, dans la première des observations, publiées par lui dans le *Bulletin médical* (17 février), et qui a trait à une enfant de 8 ans, atteinte de néphrite épithéliale post-scarlatineuse, M. Lancereaux a obtenu la guérison par l'usage de I à II gouttes de teinture de cantharide par jour et pendant 5 jours.

Je me demande pourquoi, dans les observations publiées à la suite de ce premier fait, et ayant trait aussi à la guérison de néphrites épithéliales pour la cantharide, M. Lancereaux a employé des doses beaucoup plus fortes et progressivement croissantes, et je ne trouve à cette pratique qu'une seule explication : une habitude d'esprit créée par le long usage de la thérapeutique galéniste.

C'est, qu'en effet, la croyance à l'augmentation de la vertu curative d'un médicament par l'augmentation et la

répétition des doses est une des erreurs les plus enracinées dans l'esprit des médecins allopathes. Les clartés cliniques les plus évidentes passent inaperçues, et la guérison de cet enfant en cinq jours avec quelques gouttes de teinture de cantharides, n'a pu amener le Dr Lancereaux à la pratique des petites doses.

Dr P. POUSSET.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

I

ÉRYTHÈME NOUEUX EXPÉRIMENTAL PAR INJECTION INTRA-DERMIQUE DE TUBERCULINE.

(*Séance du 8 janvier*). — MM. CHAUFFARD et J. TROISIER ont observé à l'hôpital Cochin, une jeune fille de 18 ans, entrée pour un érythème noueux typique: douleurs diffuses, inappétence, léger mouvement fébrile, puis éruption caractéristique dans les régions prétibiales et précubitales.

Cette jeune fille, à l'aspect délicat, tousse depuis quelques années et a une ancienne lésion du sommet droit: submatité en avant et en arrière, respiration rude et basse en avant, respiration soufflante et bronchophonie en arrière.

En outre, elle a tous les signes d'un rétrécissement de l'artère pulmonaire: frémissement cataire systolique au niveau du deuxième espace intercostal gauche, et souffle systolique assez superficiel et rude, se propageant en haut et à gauche vers la clavicule, suivi d'un éclat diastolique gauche très net; tension artérielle normale, pas de cya-

nose ni de déformation des extrémités digitales; on paraît bien se trouver en présence d'un rétrécissement pulmonaire en rapport avec la tuberculose ancienne.

L'intérêt de cette observation est, que M. Chauffard a recherché chez sa petite malade, l'intra-dermo-réaction de Mantoux (1), et que trois piqûres intra-dermiques faites le 28 et le 29 décembre et le 6 janvier, aux deux bras et au-dessus de la rotule en des points éloignés des nodules érythémateux, ont produit en vingt-quatre heures l'apparition locale d'une tache érythémateuse qui, très rapidement, est devenue un noyau infiltré, indolent, rose vif d'abord, puis violacé et de teinte progressivement atténuée, presque ecchymotique à la fin de cette évolution.

La lésion produite était identique aux nodosités érythémateuses spontanées.

Comme contre-épreuve, une goutte de solution saline physiologique fut injectée sans résultats.

C'est bien ce qui se passe d'ordinaire dans l'*intra-dermo-réaction*. Ce procédé de recherche de la tuberculose paraît bien supérieur à l'*ophtalmo-réaction*, car il ne provoque pas d'accidents et à la *cuti-réaction*. Il consiste à injecter dans la partie profonde du derme *une goutte* d'une solution titrée de tuberculine, représentant une quantité de 1 *centième de milligramme* (5e dilution décimale des homœopathes). Les caractères de la réaction cutanée ont été très bien étudiés par M. Hutinel (1):

Tous les degrés peuvent s'observer, depuis la réaction avortée, rose pâle et à peine nodulaire, jusqu'aux réactions nodulaires franches, avec infiltration dermique, co-

(1) Ch. Mautoux. *Académie des Sciences*, 10 avril 1908.
(2) Hutinel. *Acad. de médecine*, 20 oct. 1908.

loration rose foncé, parfois un peu cyanique, et se dégradant progressivement; dans les réactions très intenses, le nodule infiltré s'entoure d'une auréole congestive qui, suivant l'expression de M. Hutinel, lui donne un aspect en cocarde. Suivant le degré de la réaction provoquée, celle-ci s'efface plus ou moins lentement, en six ou huit jours, par affaissement et décoloration progressive et presque ecchymotique de l'élément éruptif.

Evidemment, il y a grande analogie entre ces réactions et l'érythème noueux. Il était intéressant, cependant, de pouvoir, comme l'a fait M. Chauffard, observer les deux éruptions côte à côte.

On a signalé, d'autre part, les rapports qui existent entre l'érythème noueux et la tuberculose.

II

Tuberculose et « Maladie de Hanot ».

(*Séance du 15 janvier*). — M. Géraudel publie une observation très intéressante au point de vue des recherches histologiques.

Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, mort à la suite d'une tuberculose généralisée (vertébrale, costale, pulmonaire, ganglionnaire, rénale et splénique), qui a présenté le syndrôme de Hanot pendant les dernières années de sa vie: hypertrophie du foie et de la rate, ictère chronique, pas d'ascite.

Les lésions histologiques du foie et de la rate sont décrites avec le plus grand soin.

M. Géraudel fait ressortir les rapports qui existent chez ce malade entre la tuberculose et la maladie de Hanot. Dans les observations publiées des maladies de Hanot, on

trouve plusieurs faits analogues (Hanot, Boinet, Péron, Fox, Lereboullet). Il conclut donc que l'infection tuberculeuse détermine parfois des lésions du foie pouvant rappeler la maladie de Hanot.

III

Valeur pronostique de la leucocytose dans les néphrites et surtout dans les néphrites chroniques.

A la suite de leurs recherces faites sur les lapins et chez les malades (dix cas de néphrites chroniques et trois cas de néphrite terminés par des accidents urémiques mortels), MM. L. Rénon et Moncauq arrivent aux conclusions suivantès:

1° La leucocytose est un phénomène presque constant dans les néphrites aiguës ou chroniques;

2° Elle accompagne l'albuminurie et souvent disparait en même temps qu'elle;

3° Elle n'est proportionnelle ni à l'abondance de l'albumine, ni au degré de rétention chlorurée;

4° Elle nous a semblé moins marquée dans les cas où la néphrite s'accompagne d'œdèmes;

5° Elle est d'autant plus intense que la maladie est plus grave, surtout dans les néphrites chroniques.

Elle nous parait donc avoir une réelle valeur pronostique, permettant de prévoir, dans une certaine mesure, l'intensité du processus d'auto-intoxication qui l'a fait naître.

IV

Un cas de filariose traité par l'atoxyl.

(*Séance du 22 janvier*). — Le traitement de la filariose,

paraissait, jusqu'à ces derniers temps, à peu près nul. O'Brien, de Queenland, a obtenu de bons effets de l'atoxyl chez deux malades qu'il a eu à traiter (1).

M. Lemoine ayant observé un cas de filariose au Val-de-Grâce, s'est très bien trouvé d'injections sous-cutanées d'atoxyl; douze injections de 0 gr. 25, tous les deux jours du 1er au 20 juin; quinze injections de 0 gr. 30 du 9 juillet au 10 août.

Le malade revu au 10 décembre paraissait guéri; les accès fébriles n'avaient pas reparu et l'examen du sang n'a pas permis de constater d'embryons de filariose.

V

Présentation d'un appareil pour bains locaux de chaleur et de lumière.

M. Miramond de Laroquette, médecin-major à Nancy, présente un appareil, pouvant s'adapter à tous les circuits électriques et permettant les applications locales de chaleur et de lumière pour la cure des douleurs rhumatismales et goutteuses, siégeant soit sur les articulations, soit sur les nerfs.

VI

Tétanos aigu chez une enfant de 8 ans, traité par une injection intra-rachidienne de sulfate de magnésie. Mort rapide après une accalmie de trente heures.

(*Séance du 29 janvier*). — M. R. Debré a observé dans le service de M. Netter, une petite fille de 8 ans, amenée à l'hôpital le cinquième jour d'un tétanos aigu; on donne

(1) O'Brien. *Journ. of Tropic. med.*, 1908, fasc. 10, analyse dans le *Bulletin med.*, 1908.

5 grammes de chloral et on injecte 20 centimètres cubes de sérum antitétanique.

Le soir, à six heures, l'état ne s'améliorant pas, ponction lombaire, qui permet d'enlever 10 centimètres cubes de liquide céphalo-rachidien; injection intra-rachidienne de 2 centimètres cubes d'une solution de sulfate de magnésie à 25 pour 100.

A la suite de cette injection, l'état de l'enfant s'améliore, elle arrive à boire avec moins de difficulté, les crises s'espacent. Le lendemain matin, l'état général est franchement meilleur, l'enfant parle, demande à boire, desserre les dents (1 centimètre et demi d'écart), la nuque et le dos sont encore assez raides, mais les membres, surtout les inférieurs, sont à peu près souples, on constate l'existence du signe de Kernig. Enfin, on peut examiner l'enfant, la tourner et la retourner sans provoquer de crise paroxystique. Pas de paralysie ni d'anesthésie des membres inférieurs, troubles signalés aprés l'injection de sulfate de magnésie; il y a de l'incontinence d'urine qui est peut-être attribuable à la médication. Le pouls et la respiration sont réguliers. Respiration, 30; pouls, 150. La température est de 39 degrés.

On décide d'administrer à nouveau 5 grammes de chloral et 20 centimètres cubes de sérum et d'attendre encore quelques heures avant de faire une nouvelle injection de sulfate de magnésie. Mais dans l'après-midi, il n'y a pas eu de nouvelle crise et l'ensemble des symptômes paraît s'améliorer encore. D'autre part, craignant que surviennent en pleine nuit les accidents signalés quelques heures après les injections: bronchorrhée avec cyanose (Logan), apnée (Franke), on décide d'attendre encore avant d'intervenir. En effet, la première partie de la nuit est bonne,

mais dès les premières heures du lendemain matin, comme si l'action bienfaisante du médicament était épuisée, les crises reprennent, s'accompagnent de troubles respiratoires extrêmes et emportent rapidement la malade, le 30 décembre, à 6 heures du matin.

L'auteur signale une observation récente (1), dans laquelle on a eu aussi après les injections, des sédations de longue durée; cela n'a pas empêché non plus la mort de survenir dans le coma, sans contracture. On peut donc considérer que le sulfate de magnésie n'est qu'une médication symptomatique et qu'il ne faut pas porter un pronostic trop favorable lorsque, sous son influence, les contractures diminuent grandement.

Il nous semble aussi, qu'on pourrait employer simultanément la méthode de Bacelli, par les injections sous-cutanées d'acide phénique, méthode qui a donné de bons résultats.

VII

Pouls lent permanent avec lésion du faisceau de His.

MM. Souques et Chéné présentent à la Société le cœur d'un malade qui a succombé à Bicêtre, dans une syncope; ce malade, qui était atteint de la maladie de Stokes-Adams présentait une lésion siégeant dans la cloison médiane du cœur, au niveau du faisceau de His. Cette observation vient donc à l'appui de la théorie la plus récente sur la pathogénie de cette affection.

Nous croyons devoir analyser et reproduire en partie cette communication, qui donne bien une idée de l'état actuel de la question.

(1) Tanton. Tétanos et sulfate de magnésie. *Progrès médical*, 16 janvier 1909.

Adams et Stokes attribuaient ce syndrome à un affaiblissement du myocarde.

Charcot, se basant sur trois cas observés par lui et dans lesquels on n'avait pas trouvé de lésion du cœur à l'autopsie, se basant sur les observations anglo-américaines de Hutchinson, de Gurtl et d'Halberton, dans lesquelles il s'agissait de lésions traumatiques des vertèbres cervicales, pensa que la lésion qui amenait ce syndrome sirgeait dans le système nerveux (bulbe, pneumogastrique, moelle cervicale). Il reconnaissait cependant la possibilité de pouls lent pouvant avoir comme point de départ une lésion organique du cœur. Pour lui, il en existait donc deux variétés: une d'origine bulbo-médullaire, l'autre d'origine cardiaque.

Depuis quelques années, la théorie myogène d'Adams et de Stokes revient en honneur. MM. Vaquez et Esmein se sont occupés tout particulièrement de cette nouvelle théorie, qui s'appuie sur une découverte anatomique.

En 1893, Stanley Kent d'abord, His ensuite, décrivirent chez les mammifères et chez l'homme un faisceau musculaire qui unissait les oreillettes aux ventricules, et dont l'étude anatomique et physiologique devait aboutir à la théorie actuelle du syndrome de Stokes-Adams. Jusqu'à cette époque, la musculature du cœur était regardée comme discontinue, celle des ventricules étant indépendante de celle des oreillettes.

His a donné une excellente description de ce faisceau unissant ou communicant qui porte, à juste titre, son nom.

Le faisceau de His est un petit ruban *musculo-nerveux* qui naît dans l'oreillette droite, près du septum interauriculaire, en avant de l'embouchure de la grande veine coronaire. Il pénètre bientôt dans ce septum, puis dans la

cloison interventriculaire, où il se divise en deux branches, droite et gauche, qui vont se perdre dans les muscles papillaires des ventricules, et qui se continueraient, d'après Tawara, avec les fibres sous-endocardiques de Purkinje.

His fit voir, du même coup, que chez le lapin la section de ce faisceau unissant ralentissait les mouvements des ventricules sans toucher à la fréquence des contractions auriculaires. Aussi se posa-t-il la question de savoir si le pouls lent permanent ne relevait pas d'une lésion de ce faisceau, et demanda-t-il aux médecins la solution du problème. Ses recherches anatomiques et ses expériences physiologiques ne tardèrent pas à être répétées et confirmées, mais ce n'est que dans ces dernières années que l'application en a été faite au syndrome de Stokes-Adams.

Il est donc expérimentalement établi que la section complète du faisceau de His, chez l'animal, ne trouble pas le rythme auriculaire, mais ralentit les battements ventriculaires, qui restent réguliers et indépendants des battements auriculaires, ne relevant plus que de l'automatisme des ventricules. Autrement dit, cette section n'amène qu'une bradycardie ventriculaire. Les tracés comparés des contractions de l'oreillette et de celles du ventricule montrent nettement cette dissociation des battements auriculo-ventriculaires.

Or, chez l'homme, dans le pouls lent permanent, les tracés comparés des jugulaires et de la radiale montrent avec netteté cette même dissociation. En outre, l'examen nécroscopique a révélé l'existence d'une lésion du septum du cœur dans la région qui répond au faisceau de His, amenant la destruction pathologique de ce faisceau, et cela en l'absence de toute lésion du bulbe ou du pneumogastri-

que. Dans chaque cas de syndrome de Stokes-Adams avec autopsie complète où pareille localisation a été cherchée, elle a été trouvée.

M. Esmein en cite une dizaine d'observations démonstratives. Les résultats de l'expérimentation et de la méthode anatomo-clinique concordent donc.

D'autre part, la physiologie a établi que le mouvement cardiaque commence dans les oreillettes, au niveau de l'embouchure des veines afférentes, se propage de là aux fibres auriculaires, et enfin, par l'intermédiaire du faisceau de His, gagne les ventricules. Il s'ensuit que, normalement, ce faisceau est chargé de transmettre aux ventricules le stimulus parti des oreillettes. A chaque contraction de celles-ci succède une contraction de ceux-là. Lorsque le faisceau de His est détruit, la transmission n'est plus possible et les ventricules sont livrés à leur propre automatisme, qui est plus lent que celui des oreillettes. Il s'ensuit par dissociation un herzblock total, une bradycardie ventriculaire. Si la destruction de ce faisceau reste incomplète, on voit se produire le phénomène du herzblock partiel: le faisceau de His, troublé dans sa conductibilité, transmet lentement les contractions auriculaires; de temps en temps, une de ces contractions ne peut passer et reste bloquée, d'où pause intermittente des ventricules.

VIII

Syndrome surréno-vasculaire.

MM. Josué et Paillard présentent une observation avec autopsie, dans laquelle ils relèvent un syndrôme anatomo-clinique, individualisé par M. Josué, sous le nom de *syndrôme surréno-vasculaire* et qui est essentiellement consti-

tué par l'hypertrophie du cœur, l'artério-sclérose et l'hyperplasie surrénale; autour de ces accidents primordiaux se groupent diverses manifestations morbides qui sont déterminées par la suractivité fonctionnelle des capsules surrénales; ce sont l'hypertension artérielle, la glycosurie et l'œdème aigu du poumon.

Le malade, qu'ils ont observé, est venu mourir de broncho-pneumonie à l'hôpital.

Mais il présentait des indices d'altérations cardio-vasculaires évoluant depuis longtemps; le cœur était hypertrophié et la pointe battait dans le sixième espace intercostal; on constatait un bruit de galop et le deuxième claquement aortique présentait un timbre clangoreux. La tension artérielle n'était qu'à peine au-dessus de la normale (18 centimètres d'Hg au sphygmomanomètre de Potain), mais il est probable qu'elle a dû être plus élevée avant que se soit développée l'infection respiratoire pour laquelle le malade est entré à l'hôpital. Il y avait enfin des quantités notables d'albumine dans les urines.

A l'autopsie, on constate une hypertrophie cardiaque considérable, portant à la fois sur le cœur droit et sur le cœur gauche; le poids du cœur est de 850 grammes. On trouve en même temps une symphyse cardiaque totale et un anévrisme du cœur siégeant dans le ventricule gauche; de plus, la coronaire antérieure est oblitérée par un caillot formé au niveau d'une plaque athéromateuse ulcérée. L'aorte est parsemée de lésions athéromateuses intenses. Les capsules surrénales sont énormes, pèsent respectivement 10 gr. 5 et 14 gr. 2, et présentent des modifications hyperplasiques. On note enfin des altérations récentes des reins, attribuables à l'infection terminale en même temps que de minimes lésions scléreuses.

L'autopsie a montré que l'anévrysme du cœur était consécutif à l'oblitération de l'artère coronaire antérieure, qui avait produit un infarctus du myocarde.

MM. Josué et Paillard, considérant que cette oblitération de l'artère coronaire antérieure a pu exister sans produire de crises d'angine de poitrine, combattent la doctrine coronarienne, défendue par M. Huchard; cet auteur, pour contester la valeur des observations analogues à la leur, invoque la suppléance possible par les branches anastomotiques dilatées; or, dans le cas actuel, on a trouvé un épaississement marqué des parois de l'artère anastomotique auriculo-ventriculaire, unissant la coronaire antérieure à la postérieure; M. Huchard dit aussi que les crises ne surviennent pas lorsqu'il se forme un anévrysme du cœur: la partie ischémiée du myocarde étant complètement dégénérée, serait incapable de fournir de la douleur. Mais, dans le cas présent, la destruction a été précédée d'une période d'ischémie, le rétrécissement de l'artère coronaire a précédé son oblitération, il aurait donc dû y avoir des accès angineux, si la théorie coronarienne était exacte.

Tels sont les arguments de M. Josué, qui ajoute que le fait actuel est en faveur de sa théorie personnelle de l'angine de poitrine. Pour lui, l'angine de poitrine est la douleur de l'origine de l'aorte; elle est provoquée par certaines altérations de cette portion de l'artère. Or, dans le cas actuel, les lésions aortiques étaient très peu marquées, dans les deux premiers centimètres de cette artère.

Nous devons retenir du syndrôme surréno-vasculaire et des accidents qui semblent bien causés par l'augmentation de volume des capsules surrénales, que l'adrénaline,

à doses atténuées, doit être essayée, d'après la loi de similitude, pour combattre l'artério-sclérose, l'hypertrophie du cœur, l'hypertension, l'œdème aigu du poumon et certaines formes de diabète.

IX

Tétanos mortel malgré l'injection intra-rachidienne de sulfate de magnésie.

(*Séance du 5 février*). — MM. Sicard et Drevet ont observé, en décembre dernier, un cas de tétanos, au cinquième jour. Comme traitement, chloral, sérum antitétanique et injection intra-rachidienne de 3 cc. de la solution de sulfate de magnésie à 25 p. 100.

Une demi-heure après environ, les contractures cédaient. La musculature des membres inférieurs, de l'abdomen, des membres supérieurs, était dans un abandon complet. Le trismus même se relâcha en partie. (Il fallut sonder la malade, à cause de la rétention vésicale qui survint consécutivement.)

Mais ce bien-être fut — vingt-huit heures après — interrompu brusquement par une hyperthermie, qui, en deux heures, s'éleva à 41 degrés, et la malade succomba trente-six heures après avec des signes bulbaires de crises dyspnéiques et tachycardiques de grande intensité.

Nous répèterons ce que nous avons déjà dit: l'action du sulfate de magnésie nous paraît être seulement palliative et nous croyons qu'on pourrait simultanément employer la méthode de Bacelli par les injections d'acide phénique.

X

Syndrome de Stokes-Adams chez un urémique. Lésion du faisceau de His.

Nous signalerons simplement cette communication de MM. Courtois-Suffit et Chené, qui est très analogue à celle de M. Souques.

Les coupes microscopiques pratiquées dans la région du faisceau de His montrent sa destruction complète. D'autre part, l'examen des coupes serrées du bulbe et la protubérance, a été absolument négatif.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ANGLAIS

Nux moschata. — Caractéristiques.

Il y a trois caractéristiques principales de *Nux moschata* qui, lorsqu'elles existent, doivent faire choisir ce remède de préférence à d'autres. Ce sont une somnolence excessive, spécialement après le repas, due à une influence engourdissante sur le système nerveux plutôt qu'à des changements vasculaires ou circulatoires, une sécheresse extrême de la bouche sans soif, la langue, les lèvres, et la gorge étant toutes sèches, et enfin une douleur avec distension flatulente de l'estomac et de l'abdomen, spécialement après avoir mangé. Pour ce qui est de la première

caractéristique, *Nux moschata* peut être comparé à *Antim. tart.*, et *Opium*, pour la seconde, à *Apis*, *Pulsatilla* et *Lachesis*, pour la troisième à *Kali bichromicum*, *Nux vomica*, et *Anacardium*.

(Dr. W. O. Cheeseman, *Hom. Recorder*. 1908.)

Lachesis dans la névralgie faciale.

Lachesis n'est probablement pas souvent indiqué dans la névralgie faciale, mais un cas rapporté par le Dr E. R. Miller est suffisamment clair pour montrer qu'il peut être quelquefois le remède approprié. Un homme de 72 ans souffrait depuis dix-huit mois, à la suite de l'extraction d'une molaire, d'une douleur intense dans la mâchoire supérieure à gauche. La douleur avait un caractère aigu, élançant, perçant, comme si on enfonçait un couteau dans la région malade. Elle augmentait en mangeant, en buvant de l'eau froide, le matin et l'après-midi, en prenant des choses acides, par le mouvement; elle était améliorée par les boissons très chaudes, la nuit, après le dîner. La sensibilité de la cavité dentaire très forte le matin, augmentait par la succion et la déglutition, par la parole et le rire. Il y avait toujours amélioration le soir. *Magn. phosph.*, *Aconit*, *Ars. alb.* et *Merc. sol.* furent essayés sans effet, le traitement étant constinué pendant six semaines. Enfin, d'après les dernières indications, on donna *Lachesis* 6, puis 12, puis 30, avec un soulagement rapide et une guérison complète au bout d'un mois.

(*New Engl. Med. Gazette*, nov. 1908.)

Silica marina contre la constipation.

Le Dr E. Cronin Lowe rapporte cinq cas de constipation chronique chez des malades, dont quatre étaient ha-

bitués à prendre de forts évacuants et souffraient de douleurs dans les reins, de tendance aux hémorrhoïdes et d'autres accompagnements de cet état. Le médicament fut donné à la 3e trit. décimale, administrée la nuit, ou la nuit et le matin, les malades ayant la permission de continuer l'usage de leurs purgatifs à des intervalles moins rapprochés. L'effet de *Silica marina* fut graduel mais permanent, de sorte qu'au bout de quelques semaines, les purgatifs devinrent inutiles, des évacuations convenables se produisant tous les jours. Le cinquième cas était celui d'un enfant de 3 ans, qui avait des selles très rares (une fois par semaine), dures, fragmentées, et de couleur claire. Divers remèdes avaient été donnés sans effet, mais *Silica marina* 3e X chaque nuit amena la guérison en dix semaines.

(*Brit. hom. Review*, déc. 1908.)

Dr Paul Tessier.

JOURNAUX FRANÇAIS

Action du chlorure de sodium sur les troubles de la digestion stomacale. — (M. Floresco, de Bucarest, *Presse Médicale*, 23 janvier.)

Des expériences du professeur Floresco, il résulterait que l'état nauséeux, les vomissements, le mal de mer, le mal du chemin de fer, et la dyspepsie sont enrayés par l'ingestion de tranches de pain saupoudrées de sel de cuisine. Il est à remarquer que le sel de cuisine ingéré seul ne produit aucune amélioration des symptômes qui cèdent au pain saupoudré de sel.

BIBLIOGRAPHIE

TRANSMISSION DE LA TUBERCULOSE DANS LES RAPPORTS SOCIAUX, par le Dr XAVIER JOUSSET (*Thèse de Paris*, 1908, J.-B. Baillière).

Dans la thèse du Dr Xavier Jousset, nous trouvons réunis et bien mis en lumière tous les arguments que son grand-père, le Dr P. Jousset a exposés en diverses publications contre la doctrine régnante de la contagion de la tuberculose pulmonaire dans les circonstances ordinaires de la vie, non pas qu'il en nie absolument la possibilité, mais pour montrer qu'il ne s'agit là que d'exceptions. Et, d'ailleurs, quelques contagionnistes que soient actuellement les médecins dans la théorie, parce qu'ils aiment à accepter sans les analyser les conclusions expérimentales des maîtres consacrés, n'en sont-ils pas moins partisans de l'hérédité dans leur pratique, et ne les voyons-nous pas toujours rechercher les antécédents d'un malade atteint de tuberculose? Et ne voyons-nous pas constamment un enfant mourir de méningite tuberculeuse dont les parents deviennent plus tard tuberculeux, l'étaient déjà, mais sans expectorer de bacilles, sans avoir pu, en conséquence, contagionner leur progéniture. C'est le terrain seul qui est héréditaire, répondent les contagionnistes, la graine, la contagion est toujours nécessaire; ce à quoi on peut objecter que la graine se trouvant partout, le terrain seul importe dans l'affaire.

Pour en revenir à l'intéressant travail du Dr Xavier

Jousset, nous le voyons d'abord montrer que la tuberculose est inoculable, fait prouvé par Villemin, mais qui se rencontre rarement dans la vie. La transmission par la respiration est possible, elle aussi, mais il nous démontre que, par voie sèche ou par voie humide, par les poussières ou les particules liquides, elle n'est guère produite que par les procédés de laboratoire. Ne savons-nous pas, du reste, que cette doctrine, article de foi il y a quelques années, est maintenant presque abandonnée, et remplacée, depuis les travaux de Calmette, par celle de la transmission par ingestion. Nous regrettons de ne pouvoir rapporter ici la longue et consciencieuse étude de l'auteur sur la transmission par le lait, par la viande des bovidés, du mouton, du porc, du cheval, du lapin et des oiseaux, par la déglutition des poussières desséchées à l'ombre ou dans les habitations, de la salive d'origine humaine ou animale. Quant aux rapports sexuels, incriminés eux aussi, rien de probant ne peut démontrer qu'ils aient été une source de contagion tuberculeuse.

Considérant alors l'influence générale de la cohabitation avec les tuberculeux, le D[r] X. Jousset montre que, en s'appuyant sur les statistiques officielles, on ne peut que rarement y trouver la raison de la tuberculisation des individus sains, et que la plupart des cas attribués à la contagion sont dus, en réalité, au terrain, souvent héréditaire, très souvent aidé par les fatigues, les excès de toutes sortes, l'alcoolisme: sans nier la possibilité de la tuberculose par cohabitation, il la croit exceptionnelle et pense que, le plus souvent, il n'est pas dangereux d'habiter avec un tuberculeux.

Envisageant alors, d'autre part, l'hérédité de la tuberculose, par le père ou par la mère. Xavier Jousset nous fait

voir que, soit par la transmission directe du bacille, soit par celle de la toxine, on trouve là, la grande cause de la tuberculose.

Aussi arrive-til à tirer de cette longue étude l'enseignement pratique qui doit nous aider à lutter contre l'envahissement du fléau; la prophylaxie, dit-il, doit se baser sur cette conception: il n'est pas question de détruire un bacille que nous portons presque tous en nous, mais de donner à l'organisme une résistance suffisante pour lui assurer la victoire dans la lutte, et ce par l'air, la *lumière*, l'alimentation rationnelle, la *tempérance*. La démolition des logis insalubres, sans air ni lumière, la construction d'habitations ouvrières hygiéniques et bon marché, voilà où doivent tendre tous les efforts dans la défense de l'humanité contre la tuberculose.

Nous ne saurions trop approuver ces conclusions: nous y joindrions, si c'était possible sous un régime dont le but avoué est la destruction de tout idéal, dont la seule idée est celle de la jouissance immédiate, la moralisation populaire; car il est bien certain que les excès de toute sorte, dont le fléau alcoolique n'est qu'une part, sont une des grandes causes de l'affaiblissement de l'organisme, qui mène à la tuberculose: salubrité des logements et des ateliers, relèvement des salaires de famine, c'est beaucoup; mais ce sera toujours insuffisant dans une démagogie fondée sur le respect de toutes les licences.

Dr PAUL TESSIER.

Le Propriétaire-Gérant : Dr P. JOUSSET.

Typographie A. DAVY, 52, rue Madame, Paris — *Téléphone.*

L'ART MEDICAL

AVRIL 1909

MEDECINE PRATIQUE

ETUDE SUR LES ÉTATS NEURASTHÉNIQUES.

S'il est une question complexe, touffue et embrouillée, c'est bien celle des états neurasthéniques.

C'est à dessein que je dis : états neurasthéniques au pluriel et non pas neurasthénie tout court, car j'estime que rien n'est plus ondoyant et divers que cet état maladif, et que lorsque l'on a qualifié quelqu'un de neurasthénique, l'on n'a en réalité rien dit du tout, cela équivaut à porter le savant et imposant diagnostic de « prurit » à un malade qui se gratte.

Ainsi, le mot *neurasthénie* se glisse partout, empiète sur tous les cadres nosologiques, sert à qualifier les maladies les plus disparates, et finalement couvre bien souvent un lamentable échec thérapeutique.

La pathogénie de ces états touche aux lois les plus mystérieuses du fonctionnement organique, et la science en est encore à soulever un petit coin du voile qui le dérobe à notre investigation. C'est dire toutes les obscurités qui enveloppent la recherche des *causes*, et combien les hypothèses plus ou moins ingénieuses ont beau jeu en l'espèce;

la littérature médicale de ces dernières années en est amplement pourvue.

Une revue complète de ces questions, des méthodes variées de traitement, etc., exigerait un gros volume ; aussi, dans cette étude, passerons-nous volontairement sous silence nombre de points intéressants, nous attachant à faire ressortir la valeur des armes que nous avons à notre disposition pour combattre ce fléau, en insistant plus particulièrement sur celles que le praticien homœopathe trouve dans son arsenal.

Il faut avoir un fil conducteur pour se débrouiller dans ce décevant dédale, d'où la nécessité d'une classification, quelque provisoire qu'elle puisse être.

Je me servirai de la suivante :

a) Asthénies essentielles locales ou générales, la source de l'énergie est atteinte par :

Troubles de la nutrition, auto-intoxication, troubles des sécrétions internes, surmenage, etc.

b) Asthénies par inhibitions empêchant la libération de l'énergie :

Psychique, uricémique.

c) Formes mixtes.

d) Asthénies réflexes.

e) Asthénies précédant ou accompagnant une maladie organique (nerveuse ou générale).

Cette classification n'est proposée que sous bénéfice d'inventaire, très sujette à révision, et étant admis que ces différentes classes peuvent se confondre, ou empiéter les unes sur les autres. Et puis, ne jamais oublier le grand principe d'individualisation qui est la gloire de Hahnemann et vers lequel évoluent certains bons esprits de la médecine officielle : soigner *des neurasthéniques* et non

la neurasthénie, entité vague et douteuse. C'est pour cela que je préfère le terme d'asthénie, qui ne préjuge rien de la nature intime de ce processus.

a) *Asthénies essentielles.* — J'entends par là des affections où doit exister une altération dynamique, fonctionnelle du système nerveux, générale ou locale, avec un épuisement vrai des forces ; ce sont les *maladies de l'énergie* de Deschamps, dans lesquelles il y a *usure* des forces, de l'énergie, il semble que le réservoir soit vide et qu'un long repos soit nécessaire pour le reconstituer. Cela peut se manifester par des troubles d'organes, décelables à l'examen somatique, et non pas simplement ressentis. Cela peut être un épuisement passager après une dépense excessive des forces physiques ou morales, cela peut être aussi un état en partie congénital, en partie acquis à la longue.

Le métabolisme cellulaire est troublé dans son fonctionnement intime, on dit volontiers par *auto-intoxication* (Bernheim) ; cela se traduit par des modifications du chimisme urinaire, mais disons-le tout de suite, troubles d'une extrême variabilité, c'est là, du reste, un point sur lequel nous aurons à revenir.

Les travaux de Gaube ont attiré l'attention sur cette minéralisation défectueuse qui peut être à la base de plus d'un état asthénique.

Le déficit du terrain peut surtout porter sur les phosphates, les chlorures et la magnésie. Mais en dehors de la minéralisation du sol à proprement parler, nous ne devons pas négliger le rôle extrêmement important que jouent les traces infinitésimales de corps minéraux dans les divers ferments déversés par les glandes à sécrétion in-

terne, traces qui servent à donner l'activité à ces agents organiques si nécessaires aux phénomènes vitaux.

Rappelons-nous ici les curieuses considérations physiologiques par lesquelles Schüssler arrive à établir des pathogénésies de sels, presque identiques à celles que permet d'obtenir la méthode hahnemanienne.

A ces modes d'action différents de la minéralisation organique correspondront des mises en œuvre thérapeutiques différentes aussi ; et il nous faut dire un mot de l'action de l'*aliment*, qui est le vecteur des diverses substances composant notre sol.

C'est bien là en effet son rôle principal, et c'est en lui que notre organisme récupère les substances usées, brûlées, et sans lesquelles le fonctionnement des cellules s'arrêterait peu à peu.

Autre rôle de l'aliment : de par sa masse, son volume, entretenir la tonicité du tube digestif, il doit « tenir au ventre ».

En résumé, l'opinion courante dit : aliment = force apportée à l'organisme. Cela n'est peut-être pas très exact.

L'aliment apporte dans l'organisme des matériaux sollicitant celui-ci à agir, à élaborer, manipuler répartir entre les cellules lesdits matériaux ; mais sans la participation active de l'organisme, l'aliment resterait une masse inerte, en apparence tout au moins, car nous savons les tourbillons inouïs que font les atomes au sein de la matière inanimée. Donc *travail* des cellules pour prendre dans la matière ce qui leur est nécessaire ; nous disons *travail* et par conséquent *fatigue* ; d'où la conclusion qu'il faut juste assez d'aliments, et qu'un excès, loin d'apporter de la force supplé-

mentaire, ne fait qu'user l'organisme sur un travail inutile d'élimination des déchets.

Aussi voyons-nous la diète instinctivement pratiquée dans nompre de maladies. C'est tout particulièrement le remède dans ce que le Dr Sigaud apelle les *états subaigus digestifs*, qui se traduisent objectivement par un affaissement des anses intestinales qui protestent ainsi contre un excès de travail antérieur.

Le jeûne a été de touts temps employé pour surexciter les fonctions cérébrales, surtout par ceux qui cherchent à s'évader de « l'esclavage de la chair ». Le jeûne et la restriction des mouvements respiratoires constituent la base de la « *yoga* » des ascètes et fakirs hindous qui cherchent par ces pratiques à surexciter leur magnétisme psychique et à arriver progressivement à l'état extatique.

Un point sur lequel des doctrines s'appuyant sur des bases toutes différentes paraissent s'accorder actuellement, c'est à considérer le système nerveux non plus comme un producteur de force, mais comme un simple transmetteur et distributeur.

Seulement, pour la plupart des auteurs, ces forces s'élaborent seulement au sein de l'organisme, sous l'incitation alimentaire. — Pour quelques-uns, reprenant la vieille hypothèse du fluide vital, notre corps participe surtout du courant énergétique circulant à travers l'espace et qui vient vivifier notre structure ; les différences de force individuelles tiendraient donc à un plus ou moins de réceptivité se traduisant par une extériorisation plus ou moins grande de l'énergie reçue.

Carrington, dans un livre récent (1), nous compare à un

(1) *Vitality, Fasting and Nutrition*, par Hereward Carrington. Analysé par A. Pullar dans l'*Hom. World*, octobre 1908.

fil conducteur plus ou moins échauffé par le courant électrique qui le traverse. Ce fluide s'accumulerait surtout pendant le sommeil ; c'est ainsi que le Dr Bonnaymé explique la position couchée prise instinctivement à ce moment, position qui mettrait le corps en une réceptivité meilleure pour les fluides denses circulant à la surface du globe ?

Quoi qu'il en soit, l'homme peut être considéré en rapport avec divers milieux cosmiques.

Car l'homme ne vit pas seulement de pain.

Si l'aliment constitue un milieu intérieur de première importance pour le bon fonctionnement de la machine humaine, les milieux extérieurs, milieu social, milieu atmosphérique, ont eux aussi un rôle plus ou moins prépondérant suivant les individus, et dont il importe de se rendre compte d'une façon précise dans chaque cas. Cette étude est facilitée en considérant les divers types morphologiques bien mis en relief par le Dr Sigaud : *type digestif*, à prédominance abdominale, *type musculaire* dont l'organisation vit de mouvement, *type cérébral*, *type sensitif*, qui vivent de dépense ou d'impression nerveuses, *type respiratoire* pour lequel l'air est le premier des besoins ; autant d'évolutions morphologiques différentes qu'il faut chercher le plus possible à placer dans le milieu qui leur convient.

b) *Forme psychique*. — Pour la maladie qui nous occupe, de tous les milieux, le plus important est peut-être bien le *milieu psychique*, car les phénomènes moraux jouent presque toujours un rôle, parfois prédominant, dans les états neurasthéniques, et c'est seulement après avoir traité de cette seconde forme, que nous aborderons le problème thérapeutique.

Ce qui ressort le plus vivement à l'examen de ces malades, c'est *l'hypersensibilité* à toutes les impressions physiques et morales, avec amplification, déformation de ces impressions, et finalement interprétations fausses qui en arrivent à s'imposer au cerveau. C'est ce que Dubois appelle curieusement l' « intercalation » d'un fait de conscience dans l'arc réflexe ».

Dans le flot de sensations plus ou moins obscures qui viennent solliciter sans cesse le système nerveux, et dont la plupart passent « inaperçues », il arrive que l'attention vient à se fixer sur un point donné ; et alors se passe une opération analogue aux réactions photographiques. La plaque sensible, qui a été impressionné mais reste blanche, devient, sous l'action du *révélateur*, une image visible, image qui est après définitivement *fixée*. Je compare volontiers l'attention à ce révélateur et ce fixateur, elle imprime la sensation dans la conscience et l'y fait persister, alors même que la cause qui l'a fait naître, a depuis longemps disparu.

Le sujet type pour la psychothérapie, et le triomphe de la méthode, est le malade sans aucunes lésions organiques, mais qui, à la suite de troubles fonctionnels, s'est suggéré des maladies — ou a été suggéré par son entourage, voire même par son médecin égaré dans cette symptomatologie touffue, et dont un mot imprudent peut avoir une répercussion à longue portée.

Dans ces cas, le capital-énergie peut être intact, ou à peu près, mais le malade ne sait plus s'en servir, l'énergie n'est pas *libérée*.

Sous l'étiquette neurasthénie, l'on confond souvent des formes de mélancolie, de lypémanie légères, que Bernheim attribue à une auto-intoxication, et sur lesquelles la psy-

chothérapie n'a aucune prise. « Cela dure ce que cela dure », dit Bernheim.

C'est peu encourageant, et nous pouvons faire mieux avec nos remèdes.

c) *Formes mixtes*. — Très fréquentes, les plus fréquentes peut-être, ce sont les *psycho-neurasthénies* générales ou locales, dans lesquelles la psychothérapie dégage l'élément idéogène, tandis que la médecine, d'autre part, s'efforce de modifier le trouble somatique.

Un malade qui revient de chez Dubois, par exemple, est dressé à négliger ce qu'il ressent, à n'en plus faire cas, mais souvent les phénomènes douloureux persistent, tout en étant relégués au dernier plan. Du reste, repos et suralimentation sont combinés au remontage moral dans la méthode du grand protagoniste de la psychothérapie pure.

Une forme encore dans laquelle l'énergie existe, mais est mal libérée, est celle que l'on observe chez les gros mangeurs, les arthritiques par suralimentation, les uricémiques hyperacides et hypertendus. Encrassé par les déchets de la nutrition, leur mécanisme fonctionne mal et des troubles asthéniques en sont la conséquence. La thérapeutique est ici facile.

En résumé, des malades qui n'ont point de forces, d'autres qui ne savent plus s'en servir, d'autres encore qui combinent ces deux processus.

Le moral et le physique sont deux engrenages solidaires à roulement entravé par la maladie ; si l'on n'agit que sur l'un des deux, le fonctionnement d'ensemble est difficile ou impossible, d'où la nécessité d'une action synergique sur ces deux rouages, et surtout pas d'action contrariée ainsi que cela arrive trop souvent. De ce que l'on admet

cette intrication, ces réactions réciproques du moral et du physique, l'on n'est pas obligé, tout en faisant de la médecine unitaire, de suivre jusqu'au bout les Dubois, les Lévy, dans leurs théories philosophiques, et d'admettre avec eux la conception *moniste* de l'homme, et un adepte de la philosophie spiritualiste peut faire d'aussi bonne psychothérapie qu'un moniste convaincu.

Je tenais à signaler en passant ce point doctrinal, qui prêterait à d'indéfinis développements.

Thérapeutique. — Redisons-le bien haut, il faut traiter des neurasthéniques et non la neurasthénie ; donc écartons les systèmes absolus qui peuvent soi-disant convenir à la généralité, et appliquons-nous à dégager la formule individuelle.

L'*hygiène* générale du neurasthénique est de première importance. Le *repos* peut être une condition *sine qua non*, permettant au malade de recharger son accumulateur ; mais là encore, rien d'absolu, la cure de lit est souvent inutile ; il en est de même de l'isolement. — Bien des facteurs doivent entrer en ligne avant de prendre une décision définitive. Du reste, à l'opposé, les uricémiques hypertendus ont besoin au contraire d'exercice et de restriction alimentaire.

Lévy s'est fait l'avocat de la cure libre, à domicile, souvent sans interrompre les occupations, et il est certain que cette manière de procéder, lorsqu'elle est possible, présente de grands avantages : acceptation beaucoup plus facile par le malade, cure plus solide étant faite dans le milieu même où le sujet évolue, éducation de l'entourage auquel on peut apprendre à se conduire vis-à-vis du malade.

L'*hydrothérapie* a des résultats variables : tiède, elle a de très bons effets chez les hypersensibles, donnée suivant la formule de Beni-Barde. En général, il est nécessaire que le malade ait déjà une certaine réserve de force pour en profiter. Cela s'expliquerait dans la théorie du fluide vital, car, d'après certaines expériences, l'effet du contact de l'eau sur le corps serait une libération, une émission plus intenses dudit fluide.

Avant d'entamer l'étude des remèdes, il est bon de vider une question particulièrement intéressante : il est rare que le névropathe soit équilibré relativement à la sensibilité médicamenteuse. Souvent la réaction est atone, rien ne fait. — Dans bien d'autres cas, cette sensibilité arrive à en être déconcertante, le moindre attouchement fait vibrer. C'est parmi ces sujets que l'on rencontre les hypersensibles pour lesquels une cuillerée à café d'un verre d'eau contenant 4 ou 5 globules en dissolution est une dose intense, à ne pas renouveler, et provoquant des aggravations très nettes, beaux sujets à pathogénésie. Le traitement est alors très délicat à conduire, mais à tout prendre, plus encourageant que celui des blocs inertes sur lesquels rien ne fait, rien ne prend.

Pourquoi rien ne fait-il ?

Méfiez-vous alors du psychisme, — c'est là souvent ce qui *barre* le traitement le mieux étudié —, des influences du milieu, scrutez l'entourage, la famille, tout..... et vous-même : fouillez les antécédents : tuberculose, cancer, etc., et alors les *nosodes* rendront les plus grands services en modifiant le terrain.

Patience, longues recherches, laisser parler le malade sans lui suggérer inconsciemment une idée préconçue sur laquelle il modèle non moins inconsciemment ses répon-

ses : c'est l'expérience de Bernheim faisant prendre une même observation de nerveux à divers médecins et obtenant des descriptions symptômatiques toutes différentes suivant les rédacteurs. Il suffit souvent de demander à un malade : Souffrez-vous de ceci ou de cela, pour qu'à peine sorti de votre cabinet il éprouve les malaises en question.

Enfin il faudra se méfier encore des troubles réflexes d'un organe atteint, pouvant nécessiter un traitement spécialement dirigé contre cette altération organique, voire même une opération chirurgicale.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICAMENTEUSE.

Le *Phosphore*, surtout sous forme de phosphates, glycérophosphates, etc., est l'une des substances les plus habituellement employées dans le traitement des asthénies. A doses physiologiques, ses effets sont indéniables, mais d'ordinaire passagers. En ayant soin de se baser sur la minéralisation urinaire, Deschamps vante beaucoup le *Phosphate de soude* chez les hypotendus, à dose presque homœopathique, quelques gouttes d'une solution à 50 0/0, seule ou mélangée à une solution saline.

Phosphorus a les indications suivantes : Neurasthénie aiguë soudaine. Faiblesse irritable des anciens auteurs, extrême sensibilité aux excitations extérieures, les sens sont trop aigus. Toute impression donne une chaleur générale comme si l'on se trempait dans l'eau chaude, en particulier une sensation de brûlure remontant le long de la colonne vertébrale. Au moral, cette faiblesse irritable se traduit par la crainte de l'avenir, de l'angoisse de la maladie, tout cela est pire lorsque le temps change, surtout s'il se met à l'orage.

Le malade est agité, il ne peut rester tranquille un seul moment, et cependant il est très faible, il semble que le dos va céder, se briser au moindre mouvement ; faiblesse après avoir été à la selle ou uriné. Sensation de délabrement dans la cavité abdominale, il semble que l'on doive manger tout le temps. — Excitation sexuelle vive, mais plus imaginative que physique.

Le *Kali Phosphoricum* est l'un des médicaments les plus efficaces de l'asthénie, sur les indications de Schüssler, complétée par le « proving » de Allen.

Il s'adresse surtout aux personnes pâles, sensitives, irritables ; la sensibilité est exagérée par manque de contrôle nerveux, ce qui est l'une des grandes caractéristiques de la neurasthénie. Femmes épuisées par le nourrissage et les soucis de famille, hommes d'affaires, professionnels surmenés. La nervosité peut provenir d'une excitation sexuelle exagérée, satisfaite ou supprimée.

Il y a dépression nerveuse générale fonctionnelle et nutritive, faiblesse touchant à la paralysie, douleurs avec sensation de paralysie. Douleur dans la nuque et l'occiput, avec irritabilité générale, désespoir, agitation. L'esprit est engourdi, mais peut cependant réagir si on le réveille; après un effort mental modéré, épuisement. Le malade est morose, irritable, n'aime pas qu'on lui parle.

Symptômes dyspeptiques analogues à ceux d'*Anacardium*, mais avec rechutes au moindre tracas nerveux. L'urine est fréquente, chargée abondamment de phosphates.

L'*Acide phosphorique* peut s'employer à doses massives, surtout d'après les indications de Joulie : hypoacidité urinaire, hypophosphatie, accélération matinale du pouls, relâchement des tissus, goutte atonique.

Il se présente à l'esprit de l'homœopathe dans la débilité d'origine nerveuse lorsqu'elle n'est accompagnée d'aucune douleur, excepté peut-être un peu de brûlure dans la colonne vertébrale ou le long des membres. La débilité peut être liée à un relâchement des organes génitaux, avec pertes séminales et prostatiques ; — l'esprit est apathique, le sujet est enclin au sommeil, dont on le réveille facilement. La moindre tentative pour étudier cause de la lourdeur dans la tête et les membres, avec engourdissement, confusion.

Magnesia phosphorica. La magnésie est en rapport intime avec la fonction nerveuse. Deschamp s'accorde avec Joulie pour trouver dans la déperdition du phosphore et de la magnésie le stigmate le plus habituel des asthénies par insuffisance nerveuse ; aussi préconise-t-il le glycérophosphate de magnésie comme bien supérieur aux autres phosphates.

C'est surtout à Schüssler que l'on doit son emploi dynamique ; sa grande indication est la douleur, de caractère crampoïde, s'accompagnant de cris, de lamentations, Grande dépression cérébrale.

Magnesia carbonica est, d'après Cooper, le grand médicament des femmes épuisées, excédées par les soucis et les chagrins de la vie, les tracas du ménage avec état nerveux consécutif, excessive sensibilité mentale et physique, le moindre attouchement fait tressaillir. Inquiétude et crainte, avec tremblement et chaleur, comme si l'on était sous le coup d'un accident, et se dissipant après s'être mis au lit.

La caractéristique : douleur, se retrouve avec des névralgies violentes. Relâchement du corps, lassitude ressentie surtout dans les pieds et étant assis.

Natrum muriaticum. J'ai déjà signalé la « rotation » des chlorures et des phosphates, c'est-à-dire les alternatives de déminéralisation portant sur les uns ou les autres de ces sels ; — ce qui explique comment tel asthénique, remonté pour un temps avec du glycérophosphate, ne répondra plus à ce médicament lors d'une nouvelle rechute, et qu'au contraire un plasma chloruré lui redonnera un peu de vigueur. C'est donc la minéralisation urinaire qui décide.

Les indications de ce même sel dynamisé s'étendent infiniment. Au moral, le sujet est irritable, collectionne dans son esprit les offenses, les ennuis, réels ou imaginaires, il se réveille la nuit avec des palpitations et ne peut se rendormir parce que le souvenir d'événements désagréables occupe son esprit.

Le travail intellectuel répugne et fatigue. L'étude aggrave et cause chez les écolières un mal de tête avec sensation de petits marteaux battants. Grand relâchement des forces physiques et morales après la fatigue. — Lourdeur et indolence, surtout une fois levé, le matin, avec répugnance au mouvement et à la marche. Alternative de faiblesse et d'agilité dans les membres. Les doigts se meuvent involontairement, laissent maladroitement tomber les objets.

Les émotions causent une excessive faiblesse, avec palpitations, battements par tout le corps. Le pouls peut être intermittent.

Il s'adapte tout particulièrement aux jeunes filles à teint jaunâtre, peau sèche et ridée, règles rares ou arrêtées.

Picri acidum a donné bien des succès.

La céphalalgie est sourde, frontale ou occipitale, aggravée par la moindre tension cérébrale. Toute étude ramène ou développe les symptômes, et aussi provoque de la brû-

lure le long de l'épine dorsale, par congestion veineuse. Le dos et les jambes sont très faibles, avec endolorissement des muscles, fourmillements, piqûres comme par des aiguilles.

La caractéristique différentielle avec les médicaments que nous venons de passer en revue est l'absence d'anxiété, l'indifférence, contrastant avec l'irritabilité des composés phosphorés, magnésiens et chlorurés. Il s'adapte surtout à la neurasthénie par surmenage intellectuel ; — et aussi aux neurasthénies locales, aux effets de la fatigue sur les névroses professionnelles.

D'après Hale, *Ammonium picricum* serait une préparation préférable.

Oxalis acidum. L'oxalurie est fréquemment décelée chez les asthéniques, et rentre dans les indications de ce médicament : il se rapproche beaucoup du précédent par les symptômes de ramollissement médullaire. Si *Picri acid.* a plus de lourdeur, *Oxalis acid.* a plus d'engourdissement, il y a faiblesse des hanches et des reins, s'étendant le long des jambes, qui sont froides et marbrées. Les douleurs sont localisées en des points limités, douleurs linéaires.

Un symptôme intéressant est : douleurs pires en y pensant. — Y penser, ainsi qu'aux divers malaises, suffit à les ramener : ainsi, pour peu que l'on songe à uriner, le besoin en devient impérieux.

Troubles cardiaques, douleurs angineuses.

Nux vomica ressemble à *Picri acid.* par les symptômes gastriques (nausée matinale, éructations aigres, etc.), l'aggravation matinale, l'épuisement général et l'incapacité d'étudier. Il convient à l'hypocondrie des buveurs, sédentaires, gens d'affaires ; mélancolie, avec grande angoisse concernant la santé, on est toujours prêt à parler de son

mal et l'on désespère d'en guérir. Exaltation morbide avec hypersensibilité à la moindre douleur, au bruit, aux odeurs, etc. ; la musique fait pleurer. Le temps semble passer trop lentement, l'on s'ennuie, avec dégoût et incapacité pour le travail intellectuel.

Il y a parfois soudaine perte de forces dans les jambes le matin, les mains et les pieds s'engourdissent facilement ; raideur et tension dans le creux des jarrets. Douleur dans la région dorsale, en ceinture ; couché, le malade ne peut se retourner sans s'être assis sur son lit au préalable.

Nux vomica correspond surtout aux tempéraments excités parce qu'ils éliminent mal, ce sont des intoxiques hypertendus plus que des asthéniques par épuisement.

Ignatia a la caractéristique essentielle de lutter contre les effets du chagrin, et comme tel, avec son infini cortège de symptômes nerveux, trouve fréquemment sa place dans le traitement de la neurasthénie.

Calcarea, en outre de ses indications générales comme médicament de terrain, sera particulièrement utile dans les formes psychiques : il y a crainte de perdre la santé, d'avoir une maladie grave, surtout du cœur, appréhensions pénibles, scrupules, agoraphobie. Sensation caractéristique de quelque chose remontant de l'épigastre à la tête. Céphalalgie stupéfiante, en casque, plénitude et bourdonnement, aggravation par le travail intellectuel, qui devient impossible. Le malade se vexe et se lamente à propos d'anciens ennuis (*Natrum mur.*), et pleure même pour des riens.

Parler, produit un sentiment de faiblesse qui force à s'arrêter, toute excitation = fatigue, épuisement.

Siliceа a, comme *Helonias*, un symptôme fréquent de l'état psycho-neurasthénique : le malade craint tout travail d'esprit ou de corps, mais une fois en train ne s'en

tire pas mal. La céphalalgie irradie de la nuque, qui donne la sensation de raideur. Engourdissement du dos, s'étendant aux orteils et aux doigts ; les jambes tremblent, elles sont surtout fatiguées le matin. Les pertes de fluides animaux aggravent les symptômes.

A l'inverse de *Picri acid.*, la torpidité contrindique *Silicea* qui développe une excessive sensibilité, une hyperesthésie aux stimulants nerveux ; le cerveau et la moelle ne peuvent supporter les vibrations mêmes ordinaires. Inquiétude et mauvaise humeur à la moindre provocation. Les parties du corps sur lesquelles on s'appuie s'endorment.

Zincum est très employé en allopathie, surtout sous forme de phosphure de zinc. Il correspond à l'épuisement nerveux, avec douleur dans la colonne vertébrale pire au niveau de la dernière vertèbre dorsale, avec brûlure le long de la moelle. Hypocondrie, et pression sur le sommet de la tête, pire après dîner, surtout si l'on a pris du vin, qui aggrave tous les symptômes. C'est l'un des meilleurs médicaments pour soulager les douleurs céphaliques.

Argentum nitricum cause un engourdissement particulier accompagné d'hyperesthésie, c'est-à-dire que la sensibilité au contact est accrue, mais que la faculté de reconnaître les sensations est diminuée. Le malade est anxieux, impulsif; emporté par une hâte fébrile, croyant toujours être en retard, il marche très vite. Des erreurs de perception causent des phobies, c'est ainsi qu'il craint de passer aux coins de rues, ayant la sensation que les maisons vont lui tomber sur la tête. Un symptôme dominant est l'appréhension, même pour l'accomplissement des actes les plus simples ; un rendez-vous lui trouble les nerfs, et cela se traduit souvent par de la diarrhée.

Le désir de sucre, key-note de ce remède, est fréquent

chez les asthéniques qui sentent le besoin de se remonter.

Nervosité le soir, rêves horribles la nuit ; aussi aggravation des symptômes nerveux à 11 h. du matin. — Douleur dorsale, très forte en se levant de son siège, améliorée par la marche, avec faiblesse et tremblement des membres (*Zinc.*, mais il n'y a pas aggravation en se levant). Sensation comme si la partie du corps atteinte se gonflait.

La tête est entreprise, avec perte de mémoire, on ne peut trouver le mot juste ; si l'on fixe sa pensée, céphalalgie. C'est un remède du mal de tête chez les travailleurs de la pensée, s'il est soulagé par le port d'un bandeau serré, d'un chapeau, il prend souvent la forme d'hémicranie.

Tous les métaux ont du reste une action élective sur le système nerveux; c'est *Aurum* si utile dans les formes hypochondriaques, les troubles circulatoires, avec ce symptôme très net de l'éreutophobie. C'est *Stannum*, qui rend de grands services aux « déséquilibrés du ventre », on pourrait l'appeler la « sangle homœopathique »: et ce n'est que trop souvent que nous trouvons chez nos asthéniques les ventres mous, prolabés, qui nous donnent tant de fil à retordre !

Alumina ressemble assez à *Picri acid.*, il s'en distingue par une douleur spinale comme si l'on y enfonçait un fer rouge. Les membres sont lourds et s'endorment, avec sensation désagréable à la plante des pieds.

Le malade est incapable de suivre une idée, il prend tout en mauvaise part ; le temps lui paraît long, une heure semble un jour, il est pressé, et besoin de tout faire hâtivement (*Arg. nitric.*). Les symptômes moraux sont pires le matin.

D'après Guernsey, le patient va bien pendant quelque temps, puis sans cause apparente, retombe dans un état

maladif souvent plus pénible que celui qui existait auparavant, et ainsi de suite par alternatives de haut et de bas.

Staphysagria a plusieurs caractéristiques importantes.

Dans la sphère mentale, il correspond aux effets de l'indignation concentrée, surtout si elle ne peut avoir son expression naturelle. Susceptibilité extrême, grande sensibilité à la moindre impression, morale ou physique. — Symptôme spécial : impulsion à jeter les objets à la tête des gens pour le moindre énervement ; manque de « self-control ».

Il correspond à la neurasthénie génitale de Beard, avec tendance à la masturbation, excès génésiques. L'irritation du segment sacro-lombaire de la moelle se traduit par de la pesanteur dans cette région, avec douleur déchirante et faiblesse dans les membres inférieurs.

La prostate est gonflée, avec prostatorrhée et pertes séminales (*Phosph. acid.*). — La face est pâle, les yeux enfoncés, entourés d'un cerne bleuâtre.

La tête est confuse, embarrassée ; sensation d'une balle de plomb dans le front. Délabrement d'estomac, faim rongeante même quand l'estomac est plein.

Cocculus a beaucoup de faiblesse de la partie inférieure de la moelle, les membres s'endorment. Grande sensation de vide, s'étendant jusqu'à la poitrine, parler fatigue beaucoup.

Cocculus correspond parfaitement à de la faiblesse irritable causée par le manque de sommeil, les veilles. — Le patient est très sensible à toutes les secousses morales, crainte, colère, chagrin ; aussi au bruit et au contact, le moindre ébranlement est insupportable.

La période menstruelle exacerbe les symptômes. Le foie peut être affecté après de violentes colères.

Anxiétés de toutes sortes, surtout le matin, parce qu'il croit incurable le malaise dont il est atteint ; il n'a de goût pour rien rien ne lui fait plaisir, ses pensées sont fixées sur un seul objet désagréable sur lequel il se concentre, sans remarquer ce qui se passe autour de lui.

Agaricus se rapproche des composés phosphorés. Il présente une aversion pour la conversation et tout travail mental. Grande sensibilité de tout le corps, la moindre pression lui cause des douleurs persistantes ; sensibilité à l'air froid et au soleil. Raideur et faiblesse entre les épaules, s'étendant à la nuque.

Il correspond à l'alcoolisme, au surmenage, aux excès sexuels.

J'en passe beaucoup, et des meilleurs, car il faudrait presque reprendre toute la matière médicale depuis A jusqu'à Z. Je ne ferai que signaler l'utilité des remèdes mentaux : *Hyoscyamus*, *Veratrum*, *Stramonium*, *Calcarea*, *Platina*, etc., qui peuvent rendre les plus grands services lorsqu'il y a prédominance psychique.

Les questions de terrain ont une importance capitale dans le traitement ; aussi le rôle des *antipsoriques* sera-t-il considérable, en y joignant les *nosodes*. De ces puissants remèdes je recommanderai surtout des doses rares, à dilutions élevées entremêlées avec les remèdes plus directement sympomatiques. Leur effet sera parfois décisif.

Un chapitre à part est celui des asthénies glandulaires, surrénale, ovarienne, thyroïdienne, celle-ci particulièrement bien étudiée par L. Lévy et H. de Rothschild, et que j'ai signalée dans un travail précédent.

La *Thyroïdine*, à doses physiologiques, est alors indiquée par les signes de l'hypothyroïde : petit myxœdème.

frilosité, agénésie pilaire, signe du sourcil, constipation, etc., etc. A doses dynamisées, elle correspond au nervosisme, à l'excitation, aux symptômes de Basedow.

En résumé, l'examen consciencieux d'un cas d'asthénie n'est pas une petite affaire, et demandera souvent beaucoup de temps. Il faudra laisser parler le malade sans le diriger inconsciemment vers la vérification d'une idée préconçue. Son état psychologique parfois sera vite décelé, au cours d'une simple conversation, par un œil exercé; — d'autre fois, ce n'est qu'une connaissance plus approfondie du malade et de sa vie qui permettra de mettre en lumière, sous des apparences de calme, d'équilibre et de pondération, le fond morbide de surimpressionnabilité, de raisonnement faux, qui sont souvent l'obstacle à la guérison et à l'action médicamenteuse.

Les organes seront examinés à fond, tous les procédés d'investigation de la clinique moderne ne seront pas de trop pour arriver à se faire une idée exacte de l'état somatique, et malheureusement bien des inconnues viennent souvent embrouiller le problème : quel quel est dans un cas donné le départ exact de ce qui revient au physique et de ce qui revient au moral dans la rupture d'équilibre de la santé ?

Le terrain peut se déblayer plus vite si l'on reconnaît avoir affaire à l'asthénie d'un arthritique, gros mangeur et sédentaire, hyperacide et hypertendu, qui a surtout besoin de restriction alimentaire, d'exercice, et de médicaments, tels que *Nux vomica*, *Sulfur*, *Lycopode*, *Carbo Vegetabilis*, etc., etc. Dans cette forme, l'électricité statique a donné de bons résultats à Vigouroux.

Une asthénie nettement réflexe de la lésion d'un organe : asthénie appendiculaire, utérine, etc., guidera la théra-

peutique dans une voie plus directe, où la chirurgie peut avoir à intervenir ainsi que les divers traitements locaux.

Dans le traitement de la maladie causale se confondra celui des asthénies tuberculeuses, diabétiques, cancéreuses, etc.

Pour les autres cas, efforçons-nous à saisir le Protée, comme la maladie, la thérapeutique sera ondoyante et diverse, s'adaptant le mieux possible aux circonstances. Tel asthénique aura besoin du repos prolongé, absolu, voire même de l'isolement, c'est celui qui aura épuisé son capital-énergie, le surmené à fond, et nous lui donnerons *Kali phosph.*, *Picri acidum*, *Zincum*, *Phosphori acidum*, etc., voire même des injections hypodermiques phosphatées ou salées s'il appert que sa réaction physiologique est mieux sollicitée par ce mode d'administration.

Le remontement moral, la rééducation marchent de pair avec tous traitements, prenant une place plus ou moins importante, parfois tout à fait prépondérante dans les cas psychiques où il faut, avant tout, rectifier une mentalité déviée. Là encore, les ressources de la psychothérapie seront grandement amplifiées par des médicaments tels que *Calcarea*, *Veratrum*, *Ignatia*, *Cocculus*, *Staphysagria* et tant d'autres, dont les pathogénésies nous offrent une ample moisson de symptômes mentaux adaptables aux cas particuliers. Le repos sera dosé tout comme un médicament ; nous avons vu bien souvent se modifier heureusement ces formes mixtes, qui sont les plus fréquentes, chez des malades qui ne pouvaient abandonner leurs occupations pénibles, changer de milieu, et chez lesquels la psychothérapie se réduisait à quelques indications hâtives et trop espacées ; — aussi tout l'honneur de la cure pouvait être attribué aux médicaments.

L'hydrothérapie, tiède le plus souvent, est un adjuvant utile lorsqu'il n'y a pas épuisement trop complet des forces, surtout comme calmant de l'hypéresthésie.

Assurément, la thérapeutique hygiénique, — que certains affectent de considérer comme la seule et la vraie — nous offre de fort belles choses pour le traitement de ces pauvres malades : changez les conditions de milieu, d'existence, nous dit-on. Certes, cela est fort bien, il faut y travailler le plus possible, mais aussi, le plus souvent, quelles impossibilités matérielles ! On ne peut cependant demander au médecin de faire des rentes à ceux dont cela serait la meilleure hygiène, de faire éclore le bonheur dans des unions mal assorties, et ainsi de suite ! En attendant la société idéale où chacun aura la vie qui lui convient, où l'on ne sera plus dévoré par les soucis de l'existence, le rôle du médecin doit être de rendre à ses malades les forces morales et physiques nécessaires pour lutter..... et vaincre si possible.

C'est ce que la thérapeutique homœopathique fait mieux que tout autre.

D^r^ D'ESPINEY (de Lyon).

MATIÈRE MÉDICALE EXPÉRIMENTALE

EXPÉRIENCES DE RAULIN SUR LA VÉGÉTATION DE L'ASPERGILLUS NIGER. (*Compte rendu.*)

Avant de continuer le compte rendu des expériences que nous poursuivons sur l'action de certains composés chimiques sur la végétation de l'aspergillus niger; il nous pa-

raît intéressant de rappeler les travaux de Raulin, qui nous ont inspiré et qui datent de 1865.

Raulin considérait, avec raison, que l'étude des organismes inférieurs présentait pour nous un grand intérêt à cause de l'analogie de leur vie et de leur développement avec ceux des organismes plus développés; l'étude en est plus facile, les résultats obtenus plus comparables, et de la connaissance de leur physiologie on peut en inférer légitimement à celle des êtres plus élevés, qui nous intéresse directement.

Poussé par ces considérations, Raulin prit comme sujet d'étude un champignon, l'aspergillus niger, végétal très simple, qu'il fit développer dans un milieu artificiel très simple et le plus favorable; il fit varier autour de ce végétal, les conditions de vie et étudia ainsi les rapports entre ces conditions et les variations correspondantes dans le développement de son sujet.

C'est le résumé de sa méthode:

Un premier essai, essai-type, comporte le milieu artificiel choisi, ensemencé par des spores d'aspergillus; un second essai, diffère seulement du premier par la circonstance que l'on se propose d'étudier. Les récoltes obtenues — ces récoltes doivent être du plus grand poids possible pour diminuer les erreurs — sont pesées à l'état sec; le rapport numérique de leurs poids mesure l'influence de la circonstance en question.

La différence de poids de plusieurs essais-types, placés dans des conditions exactement pareilles, donne l'erreur relative maxima du procédé, qu'il faut connaître pour pouvoir lire les résultats et les comparer.

Raulin rencontra de grandes difficultés pour déterminer les différents éléments de son milieu de culture, en expé-

rimentant les combinaisons et en choisissant celle qui favoriserait le plus la végétation de l'aspergillus, au point de vue de la rapidité de la végétation, de sa constance et de son abondance dans le minimum de temps; toutes conditions indispensables pour réduire à une quantité négligeable l'erreur relative du procédé; difficulté encore, d'empêcher dans les essais le développement simultané d'un autre champignon, qui puisse fausser les résultats.

Pour arriver à ces fins, Raulin détermina rigoureusement les conditions de l'expérience faite: dans un local aéré, à l'abri de toutes les émanations malsaines pouvant influencer la mucédinée; les vases contenant les cultures doivent être en porcelaine, rectangulaires et peu profonds; 4 cm. de profondeur, 16 cm. de largeur, 18 cm. de longueur, leur contenance doit être environ de 1.500 cc. de liquide. Ils doivent être déposés dans une étuve comprenant un appareil de chauffage avec thermo-régulateur qui y maintient la température à 35° constants et un appareil régulateur de l'hygrométrie, qui doit être en permanence de 70° à l'hygromètre à cheveu de Saussure. Nous verrons, plus loin, en parlant de l'influence des agents physiques sur la végétation du champignon, les raisons de ces diverses précautions.

Le liquide de composition optima découvert par Raulin est le suivant: .

Eau	Gr.	500 »
Sucre		13 30
Acide tartrique		0 80
Nitrate d'ammoniaque		0 10
Carbonate d'ammoniaque		0 10
Carbonate de magnésie		0 10

Sulfate d'ammoniaque	0 05
Sulfate de zinc	0 03
Sulfate de fer	0 03
Silicate de potasse	0 03

L'ensemencement des cultures doit être fait en promenant à la surface du liquide un pinceau chargé de spores d'aspergillus recueillies sur une végétation pure et pas trop sèche.

Pour obtenir une végétation pure, on expose à l'air libre le liquide de culture que l'on peut aussi bien remplacer par de la mie de pain, de l'eau acidulée ou des tranches de citron; les spores d'aspergillus sont en suspension dans les germes de l'atmosphère, ils se déposent et fructifient en sporanges noirs, on les recueille et les sépare des autres champignons. La culture ensemencée donne un essai-type.

Cet essai-type à la température de 35° à l'étuve dans l'air humide, donne en 18 à 24 heures, une membrane blanchâtre, qui recouvre la surface du liquide. Très épaisse et légèrement jaunâtre, après 48 heures, cette membrane est tout à fait noire après trois jours; la récolte se fait le troisième jour; le même liquide peut servir jusqu'à trois fois, mais chaque fois, la récolte est moins abondante.

Il est important de veiller à ce que le développement soit égal sur toute la surface du liquide, sinon la comparaison entre les essais différents serait impossible.

Pour récolter, on enlève la membrane, on l'exprime, on la dessèche à 50°, puis à 100°, dans l'étuve de Gay-Lussac.

Le second essai, d'après la méthode, ne doit différer

du premier que par l'élément dont on veut mesurer l'influence sur la végétation. Il doit être mis à l'étuve en même temps que le premier. Le rapport des poids des deux essais après trois jours, mesure l'influence en question. On peut, pour être plus exact, prendre le rapport des poids fournis après six jours par les deux essais, c'est-à-dire après deux végétations sur le même liquide.

Les spores de l'aspergillus sont sphériques, verruqueuses, noires, de 0 mm. 004 (μ) à 0 mm. 005 de diamètre.

Avant d'étudier l'influence des éléments chimiques sur l'aspergillus, Raulin étudia celle des éléments physiques et c'est ce qui l'amena à donner à son expérimentation la forme que nous avons indiquée plus haut. Il nota ainsi après de nombreuses expériences :

1° L'influence de la durée de culture sur la végétation de l'aspergillus: il constata que la végétation augmente au moins pendant quatre jours; c'est pendant le troisième jour qu'elle est la plus grande pendant l'unité de temps. C'est pendant trois jours qu'il faudra donc cultiver les essais, car il y a avantage pour restreindre les erreurs à faire porter l'expérimentation sur le poids de récolte le plus considérable pendant l'unité de temps. Au troisième jour, les spores sont, d'ailleurs, tout à fait mûres;

2° L'influence de la température: la température minima de développement de la mucédinée est de 19°; la température maxima de 42° : la température optima de 34°. C'est vers 34° que l'on a le poids maximum de récolte, dans l'air sec et dans l'air humide. L'aspergillus peut encore se développer au-dessous de 19°, mais sa végétation est alors entravée par les mycodermes et les infusoires, qui envahissent le milieu. C'est également à 34° que la fructification est le plus abondante. La tempéra-

ture du liquide est toujours inférieure à celle de l'étuve dans laquelle il est déposé, surtout si l'évaporation est grande, dans l'air sec, par exemple.

La température de l'étuve doit donc être maintenue à 35° centigrades.

3° Influence de l'état hygrométrique de l'air. Elle est grande, étant donnée l'évaporation rapide du milieu dans l'air sec; d'autre part, la sécheresse de l'air est un obstacle à la fructification. Dans l'air sec, les poids de récolte diffèrent pendant les premiers jours, s'égalisent vers le cinquième et le sixième; la constance de ces poids est, malgré tout, très inférieure dans l'air sec, à ce qu'elle est dans l'air humide.

L'évaporation retarde la fructification en augmentant la concentration du liquide, concentration qui, poussée jusqu'à un certain degré, empêche tout développement.

L'état hygrométrique normal d'une étuve à 34° est de 10° à l'hygromètre de Saussure; il ne suffit pas, il faut pour la marche régulière de la végétation, l'amener à 70°.

D'autre part encore, l'oxygène est nécessaire pour le développement du champignon; mais l'arrivée trop vive de l'air pourrait provoquer des mouvements des spores et un dégagement de caloriques qui retarderaient la germination et la rendraient irrégulière.

La substance du vase n'est pas indifférente, car, si elle est attaquable par le liquide, elle peut modifier chimiquement la végétation.

La végétation est plus rapide en vase découvert. Elle est d'autant plus rapide que l'épaisseur du liquide est moins grande; le poids total des récoltes que peut fournir un poids donné de liquide n'est pas constant et varie avec

la profondeur de ce liquide. Le périmètre de la surface du liquide influe aussi sur l'aspergillus, sa végétation est d'autant plus rapide que ce périmètre est plus grand; la forme rectangulaire réalise cet idéal.

Ces diverses influences semblent tenir à l'action de l'oxygène, plus le contact avec l'air est large, plus l'oxygène peut agir et activer la végétation.

Toutes ces prémisses posées, c'est alors que Raulin put efficacement et dans les meilleures conditions, constater l'influence des éléments chimiques sur la végétation de l'aspergillus. Les expériences portent sur des sels minéraux « vénéneux » pour ce champignon, sels semblables chimiquement, à ceux qui composent le milieu artificiel, mais qui, par conséquent, en diffèrent physiologiquement.

4° *Nitrate d'argent.* — Il expérimente d'abord sur le nitrate d'argent. Le 16 juillet 1867, il met à l'étude les essais suivants:

N° 1. Liquide de Raulin, relaté ci-dessus + spores + nitrate d'argent : 0 gr. 05 ou 1/100000e.

N° 2. Liquide de Raulin, comme le premier, sauf nitrate d'argent : 0 gr. 025 ou 1/200000e.

N° 3. Liquide de Raulin, comme le premier, sauf nitrate d'argent : 0,013 ou 1/400000e.

N° 4. Liquide de Raulin, comme le premier, sauf nitrate d'argent : 0 gr. 0005 ou 1/800000e.

N° 5. Liquide de Raulin, comme le premier, sauf nitrate d'argent: 0 gr. 0032 ou 1/1000000e.

N° 6. Liquide de Raulin, comme le premier, sauf nitrate d'argent: 0 gr. 00160 ou 1/3200000e.

N° 7. Liquide de Raulin, comme le premier, sauf nitrate d'argent: 0 gr. 0008 ou 1/6400000e.

N° 8. Liquide de Raulin, comme le premier, sauf nitrate d'argent: 0 gr. 0006 ou 1/800000°.

N° 9. Liquide de Raulin, comme le premier, sauf nitrate d'argent: 0 gr. 0003 ou 1/1600000°.

N° 10. Liquide de Raulin, comme le premier, sauf nitrate d'argent: 0 gr. 00015 ou 1/3200000°.

N° 11. Liquide de Raulin, comme le premier, sauf nitrate d'argent: 0 gr. 00008 ou 1/6400000°.

N° 12. Témoin: 0 gr. ou 0.

Après trois jours de végétations, on récolte et on pèse les mycéliums.

Les numéros 1, 2, 3, 4 ne donnent aucune trace de végétation. Les numéros 5, 6, 7, 8, 9 présentent quelques flocons de mycélium à la surface du liquide. Le numéro 10 donne 2 grammes de mycélium. Le numéro 11 et le numéro 12 en donnent 2 gr. 5.

5° Le nitrate d'argent est donc excessivement vénéneux il se montre actif à la dose de 0 gr. 0003 pour 500 gr. de liquide ou de 1/1600000° du poids de ce liquide, car c'est là la proportion du sel d'argent du numéro 9 sur la végétation duquel l'influence du sel a encore été manifeste.

Au-dessous de cette limite, le nitrate d'argent devient à peu près inoffensif, comme l'indiquent les résultats des numéros 10, 11, 12 (1).

Le nitrate d'argent se réduit peu à peu sous l'influence des matières organiques du milieu et finit par devenir inactif. La végétation du mycélium est impossible dans des vases d'argent, ce qui est une confirmation des expériences précédentes.

(1) RAULIN. *Annales des sciences naturelles de Paris*, 1869, 1re série, Botanique, tome XI, p. 219 et 220.

6° *Bichlorure de mercure.* — Le 10 août 1867, sont mis à l'étuve, les essais suivants:

N° 1. Même liquide que précédemment + spores + bichlorure de mercure; 0 gr. 05 ou 1/4000e.

N° 2. Même liquide que précédemment + spores + bichlorure de mercure: 0 gr. 025 ou 1/8000e.

N° 3. Même liquide que précédemment + spores + bichlorure de mercure: 0 gr. 012 ou 1/16000e.

N° 4. Même liquide que précédemment + spores + bichlorure de mercure: 0 gr. 006 ou 1/32000e.

N° 5. Même liquide que précédemment + spores + bichlorure de mercure: 0 gr. 003 ou 1!64000e.

N° 6. Même liquide que précédemment + spores + bichlorure de mercure: 0 gr. 0015 ou 1/128000e.

N° 7. Même liquide que précédemment + spores + bichlorure de mercure: 0 gr. 000800 ou 1/256000e.

N° 8. Même liquide que précédemment + spores + bichlorure de mercure: 0 gr. 0004 ou 1/512000e.

N° 9. Même liquide que précédemment + spores + bichlorure de mercure: 0 gr. 0002 ou 1/1024000e.

N° 10. Même liquide que précédemment + spores + bichlorure de mercure: 0 gr. 0001 ou 1/2048000e.

N° 11. Même liquide que précédemment + spores + bichlorure de mercure: 0 gr. 00005 ou 1/4096000e.

N° 12. Même liquide que précédemment + spores + bichlorure de mercure: 0 gr. 00005 ou 1/4096000e.

N° 13. Témoin: 0 gr. ou 0.

Le 13 août, le numéro 8 seulement donne un flocon de mycélium: jusqu'au numéro 7, il n'y a pas de trace de végétation.

Les numéros 9, 10, 11, 12, présentent une végétation normale.

Le numéro 9: 0 gr. 8 de mycélium.

Le numéro 10: 1 gr. 1 de mycélium.

Le numéro 11: 0 gr. 9 de mycélium.

Le numéro 12: 1 gr. 2 de mycélium.

Le bichlorure de mercure se montre donc actif jusqu'à la dose de 1/512000e.

3° *Bichlorure de platine.* — Le 10 août 1867, ont été mis à l'étuve les essais suivants:

N° 1. Liquide de Raulin + spores + bilchlorure de platine: 0 gr. 05 ou 1/4000e.

N° 2. Liquide de Raulin + spores + bichlorure de platine: 0 gr. 025 ou 1/8000e.

N° 3. Liquide de Raulin + spores + bichlorure de platine: 0 gr. 0125 ou 1/16000e.

N° 4. Liquide de Raulin + spores + bichlorure de platine: 0 gr. 0062 ou 1/32000e.

N° 5. Liquide de Raulin + spores + bichlorure de platine: 0 gr. 0032 ou 1/64000e.

N° 6. Témoin: 0 gr. ou 0.

A partir du numéro 3, les effets des sels perdent toute netteté.

La dose minima d'activité du bichlorure de platine est donc de 1/8000e.

Le sulfate de cuivre s'est montré moins actif que les précédents.

L'acide sulfurique agit encore à la dose de 3/500e de sa solution de culture, inactif à la dose de 1/1000e, son activité semble, d'ailleurs, dépendre du milieu dans lequel il agit.

Et Raulin, en conclusion de ses expériences, note comme sels particulièrement « vénéneux » pour l'aspergillus:

Le *Nitrate d'argent*, encore actif à 1/1600000e du poids du liquide de culture.

Le *Bichlorure de mercure* encore actif à 1/512000e du poids du liquide de culture.

Le *Chlorure de platine* encore actif à 1/8000e du poids du liquide de culture.

Le *Sulfate de cuivre* encore actif à 1/240e du poids du liquide de culture.

L'*Acide sulfurique* reste à 1/500e du poids du liquide de culture.

Dr P. Jousset.

MATIERE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE

Trombidium Muscae domesticae

(Mouche à vers ; mouche de la viande).

Bibliographie.

T.-F. Allen. *A. Handboock of Materia medica.* Philadelphie, 1889.
J.-H. Clarke. *A Dictionary of practical Materia medica.* Londres, 1900.
Hering. *Guiding symptoms.* Philadelphie, 1864.
R. Kobert. *Lehrbuch der Intoxicationen.* Stuttgart, 1906.
M. Schwabe. *Pharmacopœa homœopathia polyglotta.* Leipzig, 1880.

I. — Généralités.

Appartenant aux arachnides, ce parasite, de couleur rouge brillant, à corps presque arrondi, se trouve, isolé-

ment ou par groupes, parmi les mouches ordinaires. Ses larves ne possèdent pas encore de glande toxipare, quoiqu'elles provoquent, à la peau, un exsudat inflammatoire avec vésicules, œdème, violents brûlements et démangeaisons. Chez certains sujets, la formation des vésicules peut s'étendre sur de grandes surfaces (*érythème d'automne*), et provoquer des gonflements bossués. Frissonnement et fièvre ont également été constatés.

II. — Pathogénésie.

Symptômes généraux. Douleurs rhumatismales dans l'épaule, le bras et le genou gauches, et à la région cardiaque. Impossibilité de rester en repos. Faiblesse.

Moral. Loquacité diurne, disposition à la contradiction, constante tendance à bâiller. Impossibilité de rassembler les idées, absence d'idées, manque de mémoire.

Sommeil. Constante tendance à bâiller, le jour. Insomnie. Sommeil agité. Rêves lascifs.

Tête. Céphalalgie pressive. Assoupissement après midi. Congestion de la tête, le soir, avec face et oreilles rouges. Frivolité. Etourdissement avec faiblesse, à chaque tentative de descendre du lit.

Tête lourde, parfois avec douleurs aux tempes s'étendant au front.

Douleur, par la marche, dans le processus mastoïde. Elancements à la tempe droite, près de l'éminence pariétale. Démangeaison intolérable, plus vive au vertex et à l'occiput.

Yeux. Rougeur de la partie interne de la conjonctive semblable à un ptérygion. Larmoiement à l'air. Démangeaison à l'angle droit interne.

Oreilles. Elancements augmentés en avalant et en se

mouchant. Démangeaisons dans les oreilles; brûlement dans les deux pavillons, surtout dans celui de droite.

Nez. Bouché en se levant. Coryza fluent à l'air libre et en mangeant. Ecoulement muqueux par le nez, plus abondant en dînant. Sècheresse du nez, avec croûtes, le soir. Epistaxis, le matin et après-midi.

Appareil digestif. Douleur à gauche, dans les dents creuses, toute la journée, empêchant le sommeil pendant presque toute la nuit, persistant le lendemain, aggravées au lit, pendant les repas, par la parole et l'air froid, soulagées par les boissons chaudes (Cf. *Staphysagria*).

Langue chargée d'un enduit blanc.

Mal de gorge, à droite.

Manque d'appétit. Eructations après les repas (goût des aliments). Pincements à la pointe de l'estomac.

Distension douloureuse de l'abdomen, par flatulences. Elancements ayant pour point de départ l'hypochondre droit. Pincements en se levant, forçant à aller à la garde robe, avec selle brune et diarrhéique; seconde garde-robe plus impérieuse, avec ténesme entraînant prolapsus et brûlement de l'anus, ainsi que douleur d'excoriation. Douleur comme par vents incarcérés. Douleur à la région hépatique immédiatement en-dessous des fausses-côtes, avec sensibilité au toucher. Douleur lancinante au foie.

Constipation après selle molle. Diarrhée avec efforts et expulsion de gaz. Diarrhée toujours précédée de douleurs intestinales. Avant la garde-robe, douleurs au côté droit de l'abdomen, avec transpiration, pincements et douleurs intestinales. Pendant la garde-robe, la douleur abdominale continue, ténesme, froid au fondement, besoin plus pressant encore. Après la garde-robe, ténesme, prolapsus anal, brûlement à l'anus, grande débilité, faiblesse dans les genoux, coliques passagères.

Appareil respiratoire. Enrouement. Toux hachée, par irritation à la gorge. Douleur tranchante, à la partie inférieure du sternum et à la partie inférieure de la poitrine. Pulsations à travers toute la poitrine.

Cœur et pouls. Elancements et douleur à la région du cœur, augmentés par respiration prolongée. Douleurs rhumatismales lancinantes à la région du cœur. Pouls 100 et plein. Pouls intermittent.

Membres. Elancements dans diverses articulations, au talon droit et au poignet, aux articulations phalangiennes du médius et au genou droit, à l'épaule, à la hanche en se levant pour marcher, aux coudes, à la cheville droite; au tarse et au métatarse.

Sensation de pesanteur dans les articulations.

Peau. Pustules à la nuque. Démangeaisons: taches au menton et dans la barbe.

Fièvre. Froid la nuit, aggravé la matin au réveil. Fièvre après-midi avec pulsations dans les artères de la tête et douleur à l'occiput et au défaut des côtes. Brûlement, le soir, aux pavillons des oreilles.

IV. — Thérapeutique.

La sphère d'action de ce médicament n'est pas nettement indiquée par sa pathogénésie. Il semble, toutefois, avoir une action élective sur les muqueuses abdominale, nasale et pharyngée. Sa caractéristique est l'aggravation survenant lorsque le sujet mange ou boit. Signalons comme phénomènes particuliers: sensation de tête trop légère, de vents incarcérés, d'excoriations après ténesme anal, d'expulsion violente par l'anus, d'air chaud soufflant sur le bas-ventre et les cuisses, de besoin d'un support pour l'abdomen, de cessation de la respiration.

Antidotes: *Staphysagria* (odontalgie): *Mercurius corrosivus* (diarrhée).

V. — Clinique.

Congestion du foie, avec douleurs abdominales internes et besoin urgent d'aller à la garde-robe, en le levant du lit.

Dysenterie: selles brunes, diarrhéiques, parfois sanguinolentes, souvent accompagnées de violentes coliques et de ténesme.

Ténesme anal avec froid dans le dos, suivi de froid et grande prostration.

Prolapsus anal.

Douleur à l'articulation de la hanche; dans le tibia.

Odontalgie; névralgie sciatique.

Catarrhe nasal.

VI. — Mode d'emploi et doses.

Ce médicament est inusité en allopathie. L'école homœopathique prépare une teinture-mère avec l'animal écrasé vivant. Les dilutions moyennes sont généralement employées.

Dr G. Sieffert.

DEONTOLOGIE MEDICALE

De la déclaration obligatoire des maladies contagieuses et du secret médical.

Ce problème difficile de déontologie médicale qui touche à la fois à la conscience des médecins et aux intérêts sacrés de la santé publique n'est pas encore résolu; et si nous en reparlons aujourd'hui, c'est que les journaux politiques viennent à nouveau d'agiter cette question et qu'aucun d'eux n'a fourni une solution acceptable pour la conscience médicale.

La difficulté est celle-ci : 1° nécessité pour l'Administration d'être avertie de l'invasion d'une maladie contagieuse, afin qu'elle puisse organiser les mesures d'hygiène publique et privée destinées à circonscrire et à éteindre le foyer épidémique; 2° obligation pour le médecin surtout s'il en est requis, de garder le secret qu'il doit au malade et à sa famille. On le voit; il y a là deux devoirs opposés et je dois dire, qu'en général, c'est la communauté qui est le plus souvent sacrifiée.

Y a-t-il un remède à cette situation et quel est-il? La première mesure est de circonscrire le plus possible les cas dans lesquels la maladie contagieuse constitue un danger public. A ce point de vue nous établirons deux catégories de maladies contagieuses. Dans la première catégorie, nous placerons toutes les maladies contagieuses qui sont habituelles à une contrée, comme les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, la diphtérie et la grippe.

Dans la seconde catégorie, nous trouvons les grandes maladies contagieuses et épidémiques, le choléra, la peste et dans certains pays, la fièvre jaune et la suette.

Nous pensons que les maladies de seconde catégorie doivent seules être assujetties à la déclaration obligatoire; la prophylaxie des autres maladies contagieuses existant à l'état endémique devant être entièrement abandonnée aux soins des médecins traitants.

Si nous limitons la déclaration des maladies contagieuses à ces grandes maladies épidémiques qui sont, à de très rares exceptions près, toujours importées; c'est, d'une part, que la propagation de ces épidémies constitue une calamité publique et que, d'autre part, quand l'action prophylactique est appliquée à temps, elle a souvent pour résultat l'extinction de la maladie sur place.

Aujourd'hui que nous avons des connaissances précises sur la durée d'incubation de ces maladies et sur les méthodes de désinfection, il arrive fréquemment que l'invasion du choléra est arrêtée au moment où il atteint nos frontières.

Nous avons dit que nous repoussions la déclaration obligatoire appliquée aux maladies contagieuses endémiques dans un pays.

La première raison qui nous fait repousser cette déclaration, c'est la répugnance des pères de famille et des chefs de maison à donner leur consentement pour cette déclaration. En effet, une fois l'Administration saisie, tout le quartier est édifié sur l'existence d'une maladie contagieuse dans telle maison déterminée et les machines à désinfection fonctionnent à grand orchestre, et le résultat le plus certain des mesures administratives est la crainte, qui met en interdit les locaux ainsi désignés. On

comprend de suite quelle perturbation et quelles pertes de toute nature ces mesures peuvent apporter surtout si le malade est un commerçant et plus encore s'il s'agit de collectivités comme les hôtels meublés, les pensionnats, etc...

Si j'ajoute que pour les maladies contagieuses endémiques la désinfection appliquée à un seul individu n'a aucune influence sur l'état épidémique, tout au plus quand la désinfection est bien appliquée, arrive-t-on à préserver les parents et les serviteurs du malade; mais quant à l'épidémie elle-même, ces moyens sont tout à fait illusoires.

Je dis que dans ces circonstances, sans déclaration à l'Administration, sans l'usage de machines à désinfecter qui, par leur volume, désignent à tout le quartier le domicile pestiféré, le médecin traitant est très suffisamment armé pour qu'à l'aide d'isolement et de désinfection discrète, il arrive à circonscrire le mal dans la famille où il est apparu. Quant aux grandes maladies épidémiques, d'origine exotique, comme la peste et le choléra, nous n'hésitons pas à affirmer la nécessité de leur déclaration aux pouvoirs publics, avec cette réserve que cette déclaration incombe au chef de famille après le diagnostic porté par le médecin. Le devoir du médecin se borne ici à formuler le plus tôt possible le diagnostic de la maladie, à prévenir le chef de famille ou le chef d'établissement de l'existence de cette maladie et à l'engager à faire sa déclaration aux autorités chargées de l'hygiène publique. C'est donc le chef de famille ou le chef l'établissement qui sont strictement obligés de faire cette déclaration et qui en sont seuls responsables. Le rôle du médecin doit se borner à établir le diagnostic.

Le législateur a le devoir d'édicter des peines suffisamment importantes pour que cette obligation ne reste pas illusoire. En un mot, la déclaration des maladies contagieuses reste assimilée aux déclarations de naissance, déclarations dans lesquelles le médecin n'intervient que quand la paternité est désavouée.

La combinaison que nous proposons supprime, du même coup, et l'échec porté au secret médical, et la position de policier, créée au médecin vis-à-vis de ses clients par l'obligation de cette déclaration.

Dr P. JOUSSET.

REVUE DES SOCIETES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

PRÉSENTATION D'OBSERVATION DE M. CHICOTOT, PAR M. HALLOPEAU, SUR LE TRAITEMENT DE LA PELADE PAR LES RAYONS X ET LES COURANTS DE HAUTE FRÉQUENCE. — (*Séance du 2 mars.*)

Un nouveau traitement de la pelade, et qui s'est révélé comme très efficace, consiste dans l'application des effluves de courants électriques de haute fréquence, combinés avec les rayons X, qui font d'abord repousser des cheveux follets, puis de vrais cheveux colorés, et donnent ainsi une guérison complète et durable.

L'ÉPIDÉMIE DES MÉNINGITES CÉRÉBRO-SPINALE, ET L'EFFICACITÉ DE LA SÉRUMTHÉRAPIE. — (M. NETTER, *séance du 9 mars.*)

De cette communication si importante nous extrayons les signes qui permettent d'établir le diagnostic de la mé-

ningite cérébro-spinale, dès son début afin de permettre l'application aussi prompte que possible de la sérumthérapie qui constitue le traitement véritablement héroïque de cette maladie.

Au point de vue pratique il faut se rappeler que la maladie peut se présenter sous deux formes, une forme commune d'une allure assez lente et qui donne tout le temps d'une intervention thérapeutique et une forme foudroyante qui peut se terminer par la mort en quelques heures.

Dans la forme commune le diagnostic repose d'une part sur l'ensemble des symptômes qui caractérisent toute méningite et sur l'examen du liquide cérébro-spinal. Les signes de la méningite sont la douleur de la tête et du rachis, la raideur des muscles du cou, le signe de Kernig, les vomissements. Quant au mouvement fébrile il peut manquer tout à fait.

Les qualités du liquide céphalo-rachidien extrait par la ponction lombaire sont caractéristiques. Il peut être plus ou moins purulent et dans tous les cas présenter à l'examen microscopique les caractères suivants : prédominance des polynucléaires, et présence du méningocoque de Weichselbaum, qui cependant peut dans certains cas rester introuvable, même par la culture et la recherche des fermentations des divers sucres. Dans la forme à évolution rapide, les symptômes prédominants sont la douleur associée à la raideur de la nuque et les vomissements.

La partie importante du traitement est empruntée à la sérumthérapie. Après avoir retiré par la ponction lombaire 20 à 30 centimètres cubes du liquide céphalo-rachidien, on fait une injection de sérum de 20 à 30 centimètres cubes chez l'adulte. Cette injection sera répétée tous les jours pendant quatre jours quel que soit l'état du ma-

lade. M. Netter conseille de continuer les injections espacées, pendant la convalescence pour éviter les séquelles. La balnéation chaude rend aussi des services et soulage les malades.

Atrophie héréditaire de la papille. — (M. Raymond, *séance du 2 mars.*)

Dans cette communication M. Raymond expose avec détails les particularités caractéristiques de cette maladie, qu'il range dans le cadre nosologique des maladies nerveuses héréditaires, et dont l'existence, tant à ce point de vue de l'hérédité qu'à celui plus spécial de l'ophtalmologie, présente un réel intérêt.

Après avoir résumé les divers travaux publiés sur cette question et cité des observations circonstanciées, M. Raymond résume ainsi les caractères de cette maladie :

En somme on note dans toutes nos observations, que les circonstances dans lesquelles se produisent le début et l'évolution de la maladie restent les mêmes : perte subite de la vision centrale entre 18 et 25 ans, état stationnaire définitif après un an ou deux ans au plus. La transmission s'est faite par la voie maternelle, toujours respectée, aux enfants mâles exclusivement.

Les signes subjectifs et objectifs n'ont guère varié. Nous avons toujours noté à des degrés divers l'atrophie avec excavation des papilles, le scotome central, l'intégrité fonctionnelle des papilles et du champ visuel périphérique. Pourtant, nous avons vu, en parcourant les faits rapportés dans la littérature, que quelques cas s'écartent de ces données, mais ce sont des exceptions relativement rares.

On voit, par ce qui précède, que cette affection oculaire

est toujours le produit de l'*hérédité atavique directe* ou *collatérale*, c'est-à-dire qu'elle se transmet des grands-parents aux petits-fils, ou d'un oncle au neveu. En outre, elle peut être qualifiée d'*homocrone* puisqu'elle débute toujours à peu près à la même période de l'existence, elle est *similaire* en ce sens, que, dans une même famille, elle se reproduit toujours sous la même forme. La consanguinité, qui a été relevée dans quelques cas, ne joue aucun rôle prépondérant ; il faut également exclure la syphilis et les infections.

Dr P. JOUSSET.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

I

KYSTES GAZEUX DÉVELOPPÉS SUR LES FACES INFÉRIEURES DES POUMONS

(*Sénce du* 12 *février*). — M. LE GENDRE présente les pièces anatomiques de lésions trouvées à l'autopsie.

Il s'agissait d'une vieille femme morte dans son service d'une hépatisation massive des lobes inférieur et moyen du poumon droit. Outre les lésions d'hépatisation, il y avait à la face inférieure du poumon droit une saillie arrondie, du volume d'une forte mandarine, d'aspect un peu tremblant, tel que celui d'un kyste à contenu gélatiniforme ou liquide, mais peu distendu. A peine piquée, cette saillie s'affaissait complètement, laissant échapper un fluide aériforme, sans odeur. La paroi épaisse environ d'un millimètre, avait un aspect fibreux. Sa face interne présentait des tractus fibreux tendus d'un point à un autre et faisant des saillies rappelant les vessies à colonnes.

En même temps, on constatait sur la base inférieure du poumon gauche une demi-douzaine de saillies vésiculaires ou bulbeuses, arrondies, variant comme le volume d'un pois à une grosse noisette, ayant la même consistance que le kyste du côté droit et laissant, à l'incision, s'échapper un peu d'air.

II

DU ROLE ÉTIOLOGIQUE DE L'ANÉVRISME DE L'AORTE DANS LES STÉNOSES ET DANS LES SPASMES A FORME GRAVE DE L'ŒSOPHAGE.

M. GUISEZ présente une étude très intéressante et très documentée sur cette question ; il s'étonne du peu de place que tiennent les symptômes œsophagiens au cours des anévrismes aortiques. Ce sont pourtant des symptômes connus ; c'est à la suite de troubles, de difficultés de la déglutition, que nous avons été amené à dépister un anévrisme de l'aorte, chez un de nos cousins, mort il y a quelques années, diagnostic qui avait été confirmé par la radioscopie.

Ce qu'il y a d'intéressant surtout dans le mémoire de notre confrère, c'est la description qu'il nous donne d'abord d'un œsophage normal vu à l'œsophagoscope ; description en contradiction avec les opinions anciennes qui représentaient ce conduit comme aplati sur lui-même ou ayant un aspect étoilé dû à la contraction de sa tunique musculeuse.

Voici ce qu'on voit à l'endoscope. C'est une *véritable cavité* toujours béante grâce au vide intra-pleural et dont les parois sont animées de deux sortes de mouvements communiqués du cœur et de l'aorte. On peut voir, lorsque l'aorte est un peu dilatée et imprimée sur la paroi gauche de

cette cavité, une sorte de *légère voussure*, animée de battements plus marqués répondant exactement à 21 ou 22 centimètres des arcades dentaires. C'est la crosse de l'aorte qui la détermine.

Tel est l'état normal ; voyons comment il se trouve modifié dans le cas d'anévrisme comprimant l'œsophage : on aperçoit sur une des parois de l'œsophage une sorte de refoulement, de voussure de la paroi œsophagienne. Celle-ci empiétant plus ou moins sur la lumière de l'œsophage refoule à droite la totalité du conduit et le réduit dans plusieurs cas à l'état de fente semi-lunaire, comme dans les sténoses par compression. Mais en examinant de plus près la paroi comprimante, on peut se rendre compte que celle-ci est animée non seulement de battements, mais aussi de *mouvements d'expansion* et de soulèvements plus ou moins marqués.

M. Guisez a observé six fois l'anévrisme de l'aorte sur 280 malades examinés pour troubles dysphagiques.

III

Un cas d'anémie splénomégalique avec fragilité globulaire. (Rapports de certaines anémies splénomégaliques avec l'ictère hémolytique).

MM. Armand-Delille et Feuillé ont étudié, dans le service de M. Marfan, une fillette de 12 ans, entrée à l'hôpital profondément anémique, avec des phénomènes fébriles, chez laquelle on ne trouvait qu'une splénomégalie très notable et de légères modifications à l'inspiration à l'un des sommets. L'ensemble de ces phénomènes avait fait penser au début qu'il pouvait s'agir soit d'une leucémie aiguë, soit d'une infection sanguine déglobulisante, mais l'examen du

sang montra immédiatement l'intégrité quantitative aussi bien que qualitative des leucocytes, l'absence de parasites endoglobulaires, et l'hémoculture montra l'absence d'infection sanguine.

Par contre, la coloration vitale du sang au moyen du *brillant crésylblau* permettant de constater un nombre très considérable d'hématies granuleuses, la mensuration montrant l'existence d'une anisocytose très caractérisée, et l'étude de la résistance globulaire montrant que celle-ci était considérablement diminuée, nous permirent d'expliquer l'anémie, aussi bien que la splénomégalie, par l'existence d'une fragilité globulaire extrême.

Cette observation a paru intéressante à rapporter parce que c'est le premier cas d'anémie splénomégalique dans lequel on a l'occasion de constater, en plus de la diminution du nombre des globules rouges, et du taux de l'hémoglobine, l'existence de la fragilité globulaire, et celle-ci même à un degré très marqué, puisque l'hémolyse, recherchée avec les hématies déplasmatisées, commençait à 0,84, alors qu'elle ne commence, chez les sujets normaux, qu'à 0,46 que les hématies granuleuses sont très nombreuses, et qu'enfin il y a de l'anisocytose très caractéristique.

Cette malade se rapproche donc, comme type hématologique, de celui des ictères hémolytiques décrits par MM. Chauffard, Widal et leurs élèves.

Si les auteurs ne l'ont pas classée dans cette catégorie pathologique, c'est qu'il n'y avait chez elle ni ictère, ni cholurie ; mais comme l'examen du sérum a révélé l'existence d'un léger degré de cholémie, on pourrait cependant l'appeler *ictère hémolytique fruste*.

En réalité, ce cas d'anémie avec splénomégalie présente toute la symptomatologie des ictères hémolytiques, à part

la coloration ictérique des téguments et des urines ; il permet sans doute de faire rentrer rétrospectivement dans cette même catégorie d'affections un certain nombre de cas d'anémies splénomégaliques restés jusqu'à présent inexpliqués, parce qu'on ne pouvait que constater la diminution de l'hémoglobine et l'intégrité quantitative et qualitative des globules blancs.

A la séance suivante (19 *février*), MM. CHAUFFARD et J. TROISIER sont venus compléter les rapports qui existent entre l'ictère hémolytique et certaines anémies splénomégaliques, analogues à celle de MM. Armand-Delille et Feuillé.

Ils ont observé une dame de 36 ans, appartenant à une famille dans laquelle un certain nombre de membres sont pâles et jaunes. Cette dame est atteinte d'un ictère hémolytique congénital et son fils d'une anémie splénomégalique sans ictère ; ils ont pu examiner ces deux malades, qui présentent l'un et l'autre et au même degré la triade biologique : fragilité globulaire, hématies granuleuses et microcytémie ; ils ont tous les deux la même hypertrophie splénique ; il existe entre eux une différence symptomatique considérable : la mère est une ictérique incontestable : le fils est un simple anémique, chez qui l'on trouve bien, en cherchant de près, une faible coloration jaune des conjonctives, mais qui, en somme, diffère totalement par son apparence tégumentaire de ce que l'on constate chez sa mère. Comment comprendre cette différence alors que chez tous deux existe un même état cholémique du sérum, peut-être même encore plus prononcé chez le non ictérique que chez l'ictérique.

IV

Le traitement médical des tumeurs hypophysaires, du gigantisme et de l'acromégalie par la radiothérapie

M. Béclère rappelle que l'augmentation de volume de l'hypophyse se traduit cliniquement par des symptômes très divers, isolés ou combinés, suivant qu'elle existe seule ou se complique d'une viciation de la fonction glandulaire.

L'augmentation de volume de l'hypophyse, sans apparence de troubles sécrétoires, se manifeste non seulement par des symptômes communs aux tumeurs intra-craniennes de tout siège, à savoir des accès de céphalée, des vertiges, des vomissements, parfois des crises épileptiformes, mais aussi spécialement par des signes de localisation très caractéristiques, par des *troubles visuels*.

Ces troubles visuels sont dus à la contiguité de la gouttière osseuse où repose le chiasma des nerfs optiques et de l'excavation osseuse, selle turcique ou fosse pituitaire, qui loge la glande de ce nom. Hypophyse et chiasma sont séparés seulement par un repli de la dure-mère. Une hypertrophie de la région antéro-supérieure de l'hypophyse aboutit nécessairement à la compression du chiasma et surtout de ses fibres postéro-inférieures qui forment le faisceau croisé destiné à l'innervation de la moitié interne ou nasale de chaque rétine. Les troubles visuels intéressent donc d'ordinaire les deux yeux, symétriquement ou inégalement, et le plus souvent se traduisent par un *rétrécissement bitemporal du champ visuel*. C'est le signe classique des tumeurs hypophysaires ; à condition de le rechercher soigneusement, on le constate longtemps avant que les

malades en aient conscience. A une période avancée, on peut observer soit l'amaurose complète d'un côté avec hémianopsie temporale de l'autre côté, soit la perte totale de la vision des deux yeux.

L'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil donne des résultats différents suivant les cas et surtout aux diverses étapes de la maladie. Avec des troubles fonctionnels prononcés, tantôt elle présente des signes d'atrophie papillaire, à prédominance du côté nasal, souvent sans névrite et sans stase veineuse. L'opinion que les tumeurs hypophysaires, à l'inverse des autres tumeurs cérébrales, ne s'accompagneraient pas de stase papillaire ni de névrite optique se trouve fréquemment vérifiée ; ce n'est cependant pas une règle sans exceptions.

Cette forme morbide des tumeurs hypophysaires, caractérisée, au point de vue anatomique et symptomatique, par la compression du chiasma et la prédominance des troubles visuels, peut, il semble, être désignée sous le nom de forme *ophtalmique*.

Les troubles de la fonction glandulaire se traduisent par des lésions à distance, des troubles dystrophiques.

Les plus connues sont les lésions du système osseux. nous nous bornerons à les énumérer : l'*acromégalie*, le *gigantisme*, qui peuvent exister à l'état indépendant ou se combiner.

A côté de ces affections, on peut observer l'*infantilisme génital avec adipose* : arrêt de développement ou atrophie des organes génitaux, surcharge adipeuse, altération de la peau rappelant le myxœdème.

On peut observer des états très complexes, causés par des tumeurs de l'hypophyse et pouvant se combiner avec

d'autres troubles glandulaires comme dans l'observation présentée au mois de décembre dernier, par M. Renon : jeune fille atteinte à la fois de crises de céphalée, de graves troubles visuels, de gigantisme, d'infantilisme génital et de surcharge adipeuse.

Lorsqu'on se trouve en présence d'accidents de ce genre et que l'on peut soupçonner une hypertrophie ou une tumeur de l'hypophyse, la radiographie peut aider au diagnostic en montrant ou non l'augmentation de la selle turcique.

Nous avons donc dans la connaissance des notions pathologiques que nous venons de rappeler, dans l'exploration du champ visuel, dans la radiographie, les moyens de dépister les accidents causés par ce qu'on peut appeler *l'hypophysomégalie*.

Quels sont les moyens curatifs que nous pouvons employer dans ce cas ?

Trois modes thérapeutiques peuvent être essayés.

Traitement médical. — Si le malade est syphilitique, le traitement spécifique bien fait peut produire de bons résultats. M. Béclère pense qu'on peut même l'essayer, en cas de non syphilis certaine, mais sans y insister trop longtemps s'il reste inefficace.

Le traitement opothérapique, thyroïdien ou ovarien, ne peut qu'améliorer des troubles secondaires provenants d'insuffisance fonctionnelles du corps thyroïde ou des ovaires coexistants.

Le traitement hypophysaire et complètement rejeté par Béclère, qui considère dangereux de l'employer, les troubles tels que le gigantisme ou l'acromégalie paraissant causés par l'hyperfonctionnement de l'hypophyse.

Nous serions moins affirmatif et nous serions disposé à essayer l'hypophyse à petites doses, à doses infinitésimales.

En dehors du traitement spécifique et du traitement opothérapique, le traitement médical est nul.

Traitement chirurgical. — Quelques chirurgiens ont enlevé l'hypophyse ; mais c'est une opération très délicate, qui n'est pas toujours possible ; en outre, l'hypophysectomie doit toujours être partielle, sans quoi on observerait des accidents ; les travaux de Paulesco ont démontré, chez les animaux, que l'ablation totale de l'hypophyse ou de la substance corticale de son lobe épithélial aboutit toujours à la mort.

Traitement radiothérapique. — M. Béclère propose l'emploi de la radiothérapie comme traitement des tumeurs de l'hypophyse, du gigantisme et de l'acromégalie.

Il entre dans de grands détails démontrant la possibilité de faire pénétrer les rayons Röntgen jusqu'à l'hypophyse.

Enfin M. Béclère rapporte l'observation d'une malade atteinte d'une tumeur de l'hypophyse ; cette malade après deux mois d'un traitement radiothérapique présente une amélioration notable.

Le Dr Béclère peut donc justement conclure: *Les rayons de Rœntgen sont à la fois l'instrument du diagnostic précoce et du traitement médical de l'hypophysomégalie.*

V

Forme atypique de la maladie de Mickulicz

(*Séance du 26 février*). — MM. Souques et Chéné présentent un vieillard qui serait atteint d'une forme atypique de la maladie de Mickulicz.

Mickulicz décrivit, en 1892, un syndrome qu'il avait déjà esquissé quatre ans auparavant, caractérisé par une hypertrophie bilatérale et symétrique des *glandes lacrymales et des glandes salivaires*. Sa description repose sur un cas personnel, sur l'observation de Haltenhof et sur trois cas de Fuchs.

La tuméfaction débute par les glandes lacrymales, dont l'hypertrophie détermine un rétrécissement de la fente palpébrale. Longtemps, pendant des mois et même pendant des années, l'affection peut rester localisée aux paupières, puis elle gagne les glandes salivaires : toutes ou quelques-unes (parotides, surtout). L'évolution est essentiellement chronique, bénigne et apyrétique ; elle se fait généralement sans phénomènes inflammatoires, sans douleurs, sans troubles fonctionnels notables.

L'état général reste excellent, et le mal se cantonne dans les glandes en question. Tout se borne, en résumé, à une difformité et à une gêne mécanique relative. Mickulicz insiste sur ce fait que, d'une part, la prise des glandes lacrymales est initiale, et que, d'autre part, la participation des glandes salivaires fait partie intégrante du syndrome.

Contrairement à ce qui se passe le plus souvent, les glandes salivaires peuvent être prises les premières, les glandes lacrymales n'étant affectées que secondairement.

Enfin, on peut accepter deux *formes atypiques*, la *forme lacrymale*, que Mikulicz lui-même admet et la *forme salivaire* dont le malade de M. Souque est un spécimen.

VI

Trois cas de méningite cérébro-spinale.

MM. Siredey, H. Lemaire et P. Charrier ont observé

vers la fin de janvier et le commencement de février trois cas de méningite cérébro-spinale.

Sur ces trois malades, une seule guérit, elle offrait les caractères classiques de la méningite cérébro-spinale ; aussi le diagnostic ne présentait pas chez elle une grande difficulté. Les maux de tête, les vomissements du début, la raideur si remarquable de la nuque coïncidant avec la rachialgie et le signe de Kernig faisaient penser d'emblée à la méningite cérébro-spinale ; le liquide louche obtenu par la ponction lombaire ne laissait pas le moindre doute. Pendant la première journée de son séjour à l'hôpital, malgré les bains chauds, la température ne cessa pas de s'élever. Le jour suivant, dès que nous pûmes nous procurer du sérum de Dopter, on lui en injecta 20 centimètres cubes. On put constater quelques heures plus tard une amélioration aussi évidente que rapide des symptômes présentés par la malade : abaissement de la température, diminution de l'albuminurie. L'injection de sérum fut renouvelée le lendemain, elle fut suivie d'une réaction encore plus accentuée ; la température revint presque à la normale, en même temps que disparurent peu à peu et progressivement le signe de Kernig, la raideur de la nuque, l'albuminurie. Les maux de tête et les nausées persistèrent encore pendant quelques jours, bien que la température fût revenue à la normale, et bientôt la quérison fut complète.

La jeune fille quitta l'hôpital le 11 février, sans avoir présenté de nouvelle élévation de température et sans emporter la moindre séquelle de cette grave maladie.

Cette rapide amélioration semble devoir être attribuée pour une large part à l'action du sérum de Dopter.

Un autre malade arriva à l'hôpital dans le coma, pres-

que mourant ; il était probablement atteint d'une méningite consécutive à une otite.

Le premier malade était un jeune homme pris en pleine santé et mort trente heures après s'être alité ; pendant vingt-quatre heures, on n'observa chez lui que des accidents sans signification précise : mal de tête, courbature, absence de contracture, du signe de Kernig. Les symptômes caractéristiques apparurent alors et se précipitèrent avec une rapidité et la mort survint malgré une injection intra-rachidienne du sérum de Dopter.

VII

Développement de l'épidémie de méningite cérébro-spinale a Paris et dans la banlieue. Nouveaux cas traités par le sérum anti-méningococcique.

MM. Netter et Debré ont observé sept nouveaux cas personnels en deux mois ; si l'on en rapproche les trois cas de M. Siredey, quelques autres signalés dans les hôpitaux, il est à craindre que la région parisienne se trouve au début d'une épidémie ; celles-ci ont lieu surtout au printemps.

Les deux signes principaux sont la raideur ou la rétraction de la nuque et le signe de Kernig.

Comme traitement M. Netter conseille d'employer les injections intra-rachidiennes de sérum anti-méningococcique ; il a augmenté la dose employée et se sert de 20 à 30 centimètres cubes chaque fois : il répète les injections chaque jour pendant 3 ou 4 jours ; dans les cas graves on peut même faire deux injections par jour.

Avant de procéder à l'injection, il faut retirer une assez grande quantité de liquide, 40 à 50 centim. cubes. Lors-

que le pus est très épais, on éprouve parfois de grandes difficultés à le retirer ; il est bon, dans ce cas, d'écouvillonner l'aiguille restée dans le canal en y poussant par la seringue de dehors en dedans une partie de la sérosité retirée, de l'eau salée ou même de l'air stérilisé.

Dr Marc Jousset.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

Guérison apparente de la cirrhose atrophique du foie, par l'organothérapie. — M. Schoull rapporte l'observation d'un enfant de 5 ans, qui fut atteint d'une cirrhose atrophique du foie, d'origine alcoolique; sa nourrice lui ayant donné l'habitude de boire du vin à pleins verres; il y avait un état de cachexie avancée, de l'ascite, des troubles digestifs, de l'oligurie avec légère albuminurie; le lait même n'était pas digéré, et la nourriture dut se borner à des boûillons de céréales, puis à des farines alimentaires. Le traitement par le calomel à doses réfractées (3 centigrammes par semaine), et l'eau de Vichy ayant régularisé les digestions, on institua l'opothérapie, d'abord par le foie cru, puis par la poudre d'extrait de foie, à la dose d'une cuillerée à café par jour. Sous cette influence, en trois semaines, l'état général s'était fort amélioré, l'ascite diminuait, ainsi que le volume de la rate.

En trois mois, l'enfant avait repris un aspect normal, sauf l'exiguité de la taille. On remplaça alors l'extrait de foie par l'extrait de corps thyroïde, qui amena un rapide développement.

Traitement de la coqueluche par le Fluoroforme. — M.

est extraordinaire que la coqueluche existe encore. Il ne se passe pas de mois sans qu'un traitement définitif ne voie le jour. M. Schoull a observé chez le même enfant une coqueluche extrêmement grave, qui fut enrayée rapidement par l'eau fluoroformée (fluoroforme d'Adrian), à doses progressivement croissantes jusqu'à CXX gouttes par jour. Bien plus, le fils du Dr Schoull, qui voyait constamment le petit malade, se mit à tousser, lui aussi. L'eau fluoroformée coupa net cette toux et la coqueluche ne se développa pas.

A ce propos, M. Chevalier prend la parole pour dire des choses qui nous intéressent. Et d'abord, il démontre que l'eau fluoroformée ne contient pas et ne peut contenir de fluoroforme. Il le démontre en vertu des lois chimiques, et cela déjà nous fait écouter, car alors, comment agit ce fluoroforme qui s'est décomposé quand on a voulu en faire une solution, et n'y a-t-il pas là quelque chose d'analogue à notre Causticum, par exemple, qui, chimiquement, ne peut s'expliquer non plus ?

Mais M. Chevalier n'en reste pas là : il vient dire à la Société que la coqueluche est une maladie bien extraordinaire, puisque les homœopathes la guérissent (croit-il que c'est la seule?), fait qu'il ne songe pas à contester, mais qu'il explique à sa manière. C'est, dit-il, parce que l'on s'adresse en désespoir de cause aux homœopathes qui, donnant de l'eau pure, font cesser par là toutes les médications nocives, d'où la guérison. Et voilà pourquoi votre fille est muette. En effet, dit-il, ce qu'il y a de mieux dans la coqueluche, c'est de ne pas la traiter.

Il n'y a rien à répondre.

L'alcoolature de marrons d'Inde contre les varices et

certaines hémoptysies. — M. S. Artault, de Vevey, qui a déjà fait une communication sur les bienfaits de l'alcoolature de marrons d'Inde dans les hémorrhoïdes, vient apporter à la Société des résultats aussi heureux dans le traitement des varices et de certaines hémoptysies dues à des varices de la trachée, et qui seraient fréquentes, d'après lui. Il insiste sur la préparation de son alcoolature, qui doit être faite avec des fruits frais. Il en donne dix gouttes deux fois par jour.

Cure du diabète. — M. Guelpa a eu l'idée de soumettre ses diabétiques au régime suivant : pendant quelques jours abstention complète d'aliments, avec purgation chaque matin : les boissons sont permises. Sous cette influence, le sucre disparaît comme par enchantement, même dans des glycosuries de 300 grammes, comme en relate l'auteur.

Note sur les propriétés thérapeutiques pharyngo-laryngiennes de deux médicaments méconnus, l'érysimum et le mucilage de poireau. — Le Dr Saintignon a obtenu des effets excellents et très rapides de la teinture ou du sirop d'érysimum et du mucilage de poireau dans les laryngites, récentes ou anciennes, ou dans les pharyngites. Il n'hésite pas à leur attribuer des propriétés qu'il nomme *expectorante, détersive, humidifiante* pour le pharynx, *émolliente* pour le larynx et la trachée, *béchique*, et enfin *diurétique*.

Dr Paul Tessier.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE

ALTÉRATIONS DE LA GLANDE PAROTIDE DANS L'INTOXICATION EXPÉRIMENTALE PAR LE SUBLIMÉ. —(M. MOURIQUAND et POLICARD, 5 décembre 1908.)

La glande parotide subit comme le rein, mais à un degré beaucoup moins marqué, des altérations de structure dues à l'action du sublimé. Les éléments glandulaires s'hypertrophient, se déforment, et présentent des altérations nombreuses des noyaux, et de l'ergastoplasma cellulaire. Au point de vue pharmacodynamique, nous ne voulons retenir qu'une chose, c'est l'action congestive du sublimé sur la glande parotide, et la démonstration que cette glande sert en partie à l'élimination du poison. L'énorme salivation qui accompagne les empoisonnements mercuriels, reconnaît dans sa pathogénie une part d'influence à l'action directe du mercure sur la glande, ce qui ne veut pas dire que la stomatite concomitante ne reste pas le facteur habituel de cette salivation.

TRAITEMENT DE LA COQUELUCHE PAR LE SÉRUM ANTI-TÉTANIQUE

Le sérum anti-tétanique a été injecté à des chèvres et à des vaches à dose de 0,10 par animal.

Des enfants atteints de coqueluche, ont pris chaque jour, suivant leur âge, de 2 à 500 grammes du lait de ces animaux ainsi préparés. Chez tous les quintes auraient beaucoup diminué d'intensité et de fréquence.

L'inconvénient de cette méthode est l'acoutumance rapide qui survient chez les petits malades, et qui oblige

après trois jours de traitement à suspendre pendant trois jours pour reprendre ensuite, trois jours.

Un autre inconvénient, c'est que, dès la 4e semaine, le pouvoir thérapeutique du lait des animaux inoculés s'affaiblit, et la réinoculation ne donne rien. Il faut alors des animaux neufs.

L'inoculation directe du sérum au malade donne également de bons résultats.

Nous retenons comme intéressante l'action thérapeutique évidente du sérum anti-tétanique dans la coqueluche. Mais nous devons signaler les difficultés même de ce traitement, et nous pensons que le *Drosera*, la *Cochenille*, le *Cina*, et le *Cuivre*, nous fournissent des moyens plus pratiques, et si les malades veulent bien garder la chambre, une guérison plus rapide que celle que peut donner le lait des animaux inoculés avec le sérum antitétanique.

De l'état de la glande thyroide dans l'épilepsie. — M. Henri Claude et Schmiergeld (11 *juillet* 1908).

Existe-t-il un rapport entre l'épilepsie et les altérations de la glande thyroïde et des autres glandes à sécrétion interne ? Cela est possible, et dans tous les cas, il n'est pas permis de négliger ce point particulier d'étiologie.

MM. Claude et Schmiergeld ont trouvé à l'autopsie d'une série d'épileptiques, des altérations de la thyroïde. Ces altérations assez variables concluent cependant à une diminution de la fonction de la glande. Ce renseignement justifierait jusqu'à un certain point l'essai de la thyroïdine dans le traitement de l'épilepsie. Dans ce cas, nous recommandons les trois premières triturations centésimales que nous avons l'habitude de prescrire dans les affections de la glande thyroïde.

Corp. thyroide et immunité. — (M. Malvoz.)

D'après les travaux récents de M. Naclet et ceux de Mlle Fassin, il semble établi que les substances hémolysantes et bactéricides augmentent dans le sérum des animaux auxquels on donne de l'extrait de thyroïde et diminuent chez les animaux éthyroïdés. La glande thyroïde jouerait donc un rôle important dans la défense de l'organisme et les phénomènes d'immunité.

Infection dysentérique expérimentale et voies biliaires. — M. Vincent, 18 juillet.

Des recherches de laboratoire et des études cliniques, il résulte que le bacille dysentérique persiste dans l'intestin de certains individus, ayant eu ou non la dysenterie, sans occasionner aucun trouble. C'est là une analogie avec ce qui se passe pour le bacille d'Eberth, et c'est un fait qu'on doit retenir pour l'étiologie de la dysenterie.

Les recherches de M. Vincent ont démontré que si la vésicule biliaire constituait un lieu favorable pour le développement du bacille d'Eberth, il n'en était pas de même pour le bacille de la dysenterie. Loin de là, car la bile constitue un liquide tout à fait défavorable à la conservation même de ce bacille.

De la pression artérielle chez le lapin thyroidectomisé, par P. Jean Delize et J. Parisot (*Société de Biologie*, n° 1, 1909, page 99).

Nous savions que chez l'homme l'insuffisance thyroïdienne s'accompagnait d'hypotension artérielle. Des expériences très nombreuses faites sur le lapin par MM. Jean

Delize et Parisot, il résulte que l'ablation de la thyroïde détermine l'hypotension artérielle ; et ce phénomène est constant, quel que soit l'âge de l'animal, et quel que soit l'intervalle entre le moment de l'opération et la prise de pression.

VARIATIONS PONDÉRALES DE L'HYPOPHYSE CONSÉCUTIVEMENT A LA THYROIDECTOMIE, par MM. LUCIEN et J. PARISOT. — (*Dito*, page 93.)

L'anatomie pathologique a démontré que chez l'homme l'hypophyse atteignait un développement plus considérable toutes les fois que la glande thyroïde était malade, ou avait été enlevée.

Des expériences entreprises sur le lapin, il résulte, que, chez ces animaux thyroïdectomisés, le poids absolu de l'hypophyse a toujours été plus considérable.

LA PERMÉABILITÉ RÉNALE DANS L'ACCÈS PALUSTRE, par CRESPIN et LELOMBRE. — (N° 38, 1er janvier 1909, page 720.)

Des expériences faites chez les fébricitants avec le bleu de méthylène, il résulte que, pendant la période de frisson, alors que la tension artérielle est augmentée, la sécrétion rénale est diminuée ; mais elle se rétablit dans les périodes suivantes, alors que la tension artérielle redevient normale, et, en résumé, les fonctions rénales ne sont que très légèrement altérées par l'accès de fièvre paludéenne. Si on ajoute que, dans les accès pernicieux les plus graves, on ne rencontre pas d'albumine dans l'urine, nous devons conclure que le paludisme, dans sa phase aiguë, n'a pas de prédilection pour le rein. M. Chauffard a démontré qu'il existait toujours un certain degré d'insuffisance hépatique.

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LA TRANSMISSIBILITÉ DE LA TUBERCULOSE PAR LES LIVRES AYANT APPARTENU A DES TUBERCULEUX. (*Société de Biologie*, n° 2, 1909, page 114.)

MM. LESNÉ et CAWADIAS publient sous ce titre une série de recherches expérimentales sur la possibilité de la transmission de la tuberculose par les livres mis entre les mains des poitrinaires. Le préjugé de la contagion de la tuberculose, compte encore de nombreux partisans; la contagion par la respiration est généralement abandonnée, celle par les voies digestives est aujourd'hui en grand honneur, et le lait des bovidés, considéré par le vulgaire, comme une source féconde de transmission de la tuberculose.

C'est en vain qu'on a démontré, que les prétendus faits de transmission par le lait n'étaient que des légendes ; on a fait plus encore, on a démontré par des expériences de laboratoire, que le bacille tuberculeux de l'homme n'était pas pathogène pour les bovidés, et que celui des bovidés ne l'était pas pour l'homme.

Les recherches de Balthazar ont prouvé que le lait pris au hasard chez les crémiers de Paris, injecté aux cobayes, ne leur communiquait pas la tuberculose ; et la foule continue et continuera à croire que la tuberculose se transmet par le lait.

Il y a beau temps que l'école contagionniste a soutenu que les livres en location, étaient un instrument puissant de la transmission de la tuberculose, puis cette cause de contagion avait été oubliée. Il était donc bien inutile que MM. LESNÉ et CAWADIAS sacrifiassent tant de cobayes et perdissent tant de temps, pour démontrer la fausseté d'une opinion qui ne repose que sur un simple préjugé.

La contagion de la tuberculose est une de ces erreurs qui ont été trop généralement admises, pour que des travaux scientifiques, si rigoureux qu'ils soient, puissent facilement les renverser.

Comme conclusion, nous dirons : « Laissons faire le temps. »

ARTÉRIOSCLÉROSE EXPÉRIMENTALE CHEZ LE SINGE.
(12 décembre 1908.)

M. BOVERI a choisi le singe pour expérimenter l'action de l'adrénaline sur l'artériosclérose. Un gros macaque a reçu l'adrénaline par voie sous-cutanée ; la dose primitive a été de 2 dixièmes de milligramme, augmentée progressivement jusqu'à 2 milligrammes et demi pour chaque injection. L'expérience a duré 40 jours, et on a fait 22 injections. Le singe, comme seul symptôme, a présenté une légère dyspnée transitoire. Le singe a été sacrifié, et l'examen histologique a démontré que l'aorte, dans sa portion ascendante, présentait comme lésion une artériosclérose tout à fait comparable à celle de l'homme.

TOXICITÉ DE LA TUBERCULINE CHEZ LES MAMMIFÈRES NON TUBERCULEUX. (12 février 1909.)

Des recherches de MM. MARIE et TIFFENEAU, il résulterait que la tuberculine serait toxique et mortelle pour des animaux non tuberculeux.

Cette opinion est absolument contraire aux enseignements que les laboratoires nous ont donnés sur ce point de pathologie. Nous nous bornerons donc à la signaler, sans en prendre autrement la responsabilité.

Dr P. JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ANGLAIS

Baryta muriatica. Sa sphère d'action respiratoire, par Stanley Wilde.

En maintes circonstances, j'ai été très frappé par le pouvoir du *Chlorure de barium*, dans les affections bronchiques des vieillards.

Il y a quelques années, j'employai pour la première fois ce remède dans un cas de bronchite chronique avec dilatation cardiaque, chez une malade de 76 ans, qui avait déjà pris tous les médicaments ordinaires. Je le lui donnai plus comme tonique cardiaque qu'avec l'idée de soigner la bronchite lorsque, à ma surprise, il soulagea beaucoup la toux en facilitant l'expectoration; la malade disait elle-même qu'elle en avait retiré plus de profit que de tout autre médicament.

Depuis ce moment, j'ai employé *Baryta muriatica* dans des cas où il y avait beaucoup d'accumulation et de bruit de mucus avec difficulté pour l'expectorer, et il a rarement manqué de provoquer une facile expulsion du mucus.

Dernièrement encore, j'ai donné ce médicament à une dame de 79 ans, atteinte d'une hémiplégie récente, avec catarrhe trachéal chronique et beaucoup de ronflement de mucus, tellement parfois, qu'il lui semblait qu'elle allait suffoquer. L'expectoration était rare, blanche, très visqueuse, et avait été améliorée par *Kali bich.*, qui n'avait pas réussi à la guérir. En lui donnant *Baryta mur.* 2e trit.

décimale, toutes les 3 heures, le mucus fut expulsé très facilement en grandes quantités, et au bout de quelques jours, le râle trachéal constant avait complètement cessé.

(*Brit. hom. Rev.*, mars 1909.)

Dr P. TESSIER.

JOURNAUX FRANÇAIS

PORTEURS DE GERMES ET FIÈVRE TYPHOIDE. — (M. R. DEBRÉ, *Presse Médicale*, 9 janvier.)

Depuis quelques années on a constaté dans les selles de malades ayant eu la fièvre typhoïde, la présence de bacilles d'Eberth, doués de propriétés virulentes. Non seulement la persistance du bacille d'Eberth a été constatée de longues années après la guérison de la fièvre typhoïde, mais encore on l'a trouvé chez les personnes qui n'avaient jamais eu cette maladie.

Des recherches cliniques entreprises en différents pays ont démontré que ces porteurs de bacilles pouvaient être contagieux pour les personnes qui vivent avec eux.

Les nombreuses relations contenues dans le travail de M. Debré, mettent hors de doute la possibilité de la transmission de la fièvre typhoïde par ces porteurs de bacilles. Ces mêmes faits démontrent que la transmission a toujours eu lieu quand les porteurs de bacilles étaient employés à la préparation des aliments. La conclusion pratique qui ressort de ces faits c'est que tout porteur de bacilles devra être éloigné des fonctions qui, de près ou de loin, se rattachent à l'alimentation .

Le traitement de l'épilepsie par les bromures. (Société vaudoise de médecine, 19 décembre 1908. *Presse médicale*, n° 10, 3 février 1909.)

M. Forel a traité devant la Société vaudoise la question du traitement de l'épilepsie par le bromure; pour que ce traitement réussisse, il faut arriver à une dose quotidienne de bromure qui suspende entièrement les accès. Il conseille une dose de 2 gr. des trois bromures: *Bromure de sodium, Bromure de potassium, Bromure d'ammonium*. Cette dose sera continuée pendant deux ans après le dernier accès,

Il est nécessaire, en même temps, de déchlorurer le malade, c'est-à-dire de le priver entièrement de l'usage du sel, parce que dans ces conditions, la dose de bromure que nous avons indiquée reste suffisante. M. Forel affirme avoir obtenu un certain nombre de guérisons définitives par ce moyen. Le traitement de l'épilepsie par les bromures est un pis-aller, qui ne doit être appliqué que lorsque le traitement homœopathique a échoué.

De l'usage du lait chez les diabétiques. (*Presse médicale*, n° 11, 6 février 1909.)

Pendant longtemps, on a proscrit le lait du régime des diabétiques; puis, certains médecins guidés par leur expérience personnelle, ont permis des quantités variables de lait à ces malades. Le travail publié par MM. Landouzy et Cottet, nous offre l'exemple, non seulement de la tolérance des diabétiques pour le lait, mais de l'action curative de cet aliment dans des cas déterminés de diabète.

L'observation très remarquable qui sert de base à ce mémoire montre que le régime lacté exclusif; 4 litres de lait par jour, chez un diabétique perdant plus de 100 gr. de sucre en vingt-quatre heures, et présentant les symptômes d'acétonurie, a amené une amélioration, puis une guérison complète. Nous croyons donc, que dans ces cas de diabète grave avec acétonurie, on sera autorisé à essayer le régime lacté exclusif.

L'opération de la cataracte chez le vieillard. (M. Trousseau, *Bulletin médical*, 13 février.)

M. Trousseau remarque très justement que la vieillesse n'est pas constituée par le nombre des années, qu'il y a des organismes qui sont *vieux* à 65 ans, et des nonagénaires qui ne le sont pas. Un malade atteint de cataracte est vieux si ses fonctions s'exécutent mal, si le rein et le foie sont insuffisants, si le cerveau a été touché; si, pour tout dire, en un mot, le système artériel est frappé de dégénérescence sénile, le malade porteur de ces tares n'eût-il que 50 ans est un vieillard.

Toutes ces tares sont-elles absentes? Les fonctions que nous venons d'énumérer s'exécutent-elles normalement, le malade est âgé, mais n'est pas un vieillard; on peut l'opérer.

Ceci dit, rappelons que l'homme âgé avec toutes les apparences de la santé est, d'après M. Trousseau, un être fragile et qui, à propos d'une simple extraction du cristallin, peut présenter des accidents que l'opérateur doit avoir toujours présents à l'esprit avant de décider son intervention; pendant l'opération, tendance plus grande aux hémorrhagies, affaissement facile du globe oculaire.

Comme complications post-opératoires, une conjonctivite purulente, à caractères spéciaux pouvant amener de l'iritis et même des panophtalmies nécessitant l'énucléation de l'œil.

Un accident propre à l'opération est encore un délire variable dans son intensité et sa forme, que Trousseau appelle *délire d'obscurité*, parce qu'il cesse quand on rend la lumière au vieillard en enlevant le bandeau qui voile l'œil non opéré.

Enfin, complications plus généralement habituelle aux opérés âgés: congestion pulmonaire, pneumonie, d'où la nécessité de lever les malades, parfois hémorrhagie cérébrale, si le malade était antérieurement porteur de quelque tare, et *urémie* dite des opérés, d'où la nécessité de surveiller attentivement la quantité des urines émises quotidiennement.

BIBLIOGRAPHIE

RADIUM COMME REMÈDE INTERNE.

M. Clarke vient de publier un petit ouvrage très intéressant (1), sur l'emploi interne du radium, particulièrement dans les cas de maladie de peau et dans le cancer.

Il reproduit d'abord quelques expérimentations faites,

(1) JOHN H. CLARKE. *Radium as an internal remedy especially exemplified in cases of skin Disease and Cancer. Homœop.* publishing, C°, 12 Warvick Lane, Londres.

avec la 30e dilution de *Bromure de Radium*. Il a tiré de ces expérimentations, des observations de quelques auteurs et d'expériences sur les animaux, une ébauche de pathogénésie du radium, que nous reproduisons *in extenso*, à la fin de cet article.

M. Clarke rapporte un certain nombre d'observations personnelles de psoriasis, prurigo, eczéma, guéris avec *Radium brom.*, ordinairement à la 30e dilution.

Il reproduit deux cas du Dr Parkhurst, qui a traité et guéri deux malades atteints d'acné rosacée avec de *l'eau radio-active;* voici comment est préparée cette eau: un tube de verre contenant du radium est immergé dans un gallon (4 litres et demi) d'eau, pendant vingt-quatre heures; quatre verres de cette eau furent bus chaque jour par des malades pendant quatre semaines.

Le Dr Clarke rapporte ensuite quelques observations relatant l'emploi du radium dans le cancer.

Nous arrivons à la partie pour nous la plus intéressante, la pathogénésie du radium.

Emploi clinique. — Acné, cancer, constipation, cors, eczéma, épistaxis, érythème, hémorrhagies, cancer hémorrhagique, lupus, nœvus, névralgie, neurasthénie, affections du nez, catarrhe du nez, rougeur du nez, ophtalmie, prurigo, prurit anal et vulvaire, psoriasis, affections de la peau en général, trachome, tic douloureux, ulcères, verrues.

Caractéristique. — Donné à l'intérieur, ou appliqué sous forme de radiations, le *radium* manifeste une action puissante intense, qui augmente la nuit et à la chaleur du lit. Ceci me paraît une des principales caractéristiques

du médicament. Que la démangeaison soit ou non accompagnée par une éruption, de nombreux cas ont été guéris par ce remède. L'action du radium est très profonde et persistante. Il est aussi très lent à développer son plein effet. Les yeux, qui appartiennent à la même zone de développement que la peau, sont très affectés dans les expérimentations, ainsi que le nez. La disparition des petits nævi dénote une action sur les vaisseaux sanguins, qui est aussi démontrée par la cure des cas d'épistaxis et par l'arrêt des hémorrhagies et des douleurs dans les cas de cancer.

Le *Radium* a une action prédominante sur le côté droit. Les symptômes (des yeux) passent du droit au gauche. Chez un des expérimentateurs, les symptômes des oreilles et de la poitrine alternaient avec ceux de l'estomac. En contradiction avec la prédominance générale à droite, le symptôme très remarquable du Dr Molson « douleurs soudaines, fulgurantes, à la partie inférieure de la face », existent du côté gauche. Ce symptôme trouvera sa contre-partie dans beaucoup de cas de névralgie faciale.

Le *temps* de ce remède est plus marqué le soir ou aux premières heures du matin. La *température* augmente par la chaleur du lit, mais diminue par un bain d'eau très chaude. Les symptômes des yeux sont améliorés au grand air. Aggravation en se rasant, en se lavant, par le mouvement (mal de tête). Les symptômes des yeux sont aggravés par la lecture, diminués en les fermant, aggravés par la lumière artificielle. Ceux de la peau améliorés par le grattement.

RELATIONS. — Le bromure de radium est *antidoté* par *Rhus. ven.* et peut-être par *Tellur*. On peut le faire *suivre*

avec avantage par *Rhus. ven.*, *Sepia* et *Calcarea*. On peut le comparer avec *Calcarea* pour l'aggravation en se rasant; avec la *lumière bleue*, pour son action sur le prurit anal; avec *Lycopode*, pour la direction de droite à gauche et pour les douleurs fulgurantes; avec les *nosodes du cancer*, *Hydrastis*, *Conium*, *Condurango*, etc., pour le cancer; avec les médicaments de même sorte, *Uranium*, *Tellurium*. Dans un mémoire lu devant la Société anglaise d'homœopathie le 7 mai 1908, le Dr Stonham développe la comparaison entre *Tellurium* et *Radium* avec détails. Les deux médicaments affectent fortement les yeux, la peau et les nerfs, qui proviennent de la même zone de développement. Les symptômes de *Radium* comme ceux de *Tellurium* sont lents à se développer et persistent longtemps sans répétition de doses. Le *Tellurium* se rencontre dans la nature associé au *Radium* et quelques spécimens de *Tellurium* sont radiants. On a prouvé que ces spécimens contenaient 1 des 8 différents rayons compris dans l'émanation du *Radium*. Le Dr Stonham rapporte 1 cas d'une affection du nez chez un homme âgé, diagnostiqué comme ulcère rodens par un spécialiste de la peau. Une application de *Radium* avait été faite pendant une heure. Onze jours après, le malade vient trouver le Dr Stonham, avec une violente brûlure de *Radium* sur une partie, de la rougeur et une sensation de picotement avait commencé le jour qui suivit l'application. Le Dr Stonham appliqua une pommade avec *Calendula* et *Lanoline* et donna à l'intérieur *Tellurium* 6e. Environ dix jours après, d'après le patient, le nez, qui était resté sans amélioration, fut soudainement mieux et un mois après la brûlure et la maladie originelle avaient tout à fait disparu.

SYMPTOMES.

MORAL. — D'un état torpide et apathique, elle devient gaie (cancer de l'utérus traité localement par le *Radium*).

TÊTE. — Mal de tête à l'occiput le matin; sensation de tension, augmentée par le mouvement; persistant quelques jours (2e jour), fort mal de tête (3e jour).

YEUX. — Les yeux cuisants et rouges (noté par d'autres). Disparaissant et reparaissant avec une plus grande intensité. Disparaissant entièrement en trois semaines (28e jour). — Quelques sécrétions aux cils de l'œil droit en s'éveillant (3e jour). — L'œil droit commence à être sensible, avec quelques élancements et augmentation de la sécrétion; ces symptômes continuent pendant la semaine, aggravation en lisant, par la lumière artificielle, amélioration en fermant les yeux; les vaisseaux de la sclérotique sont injectés, convergeant vers la cornée des deux côtés; démangeaisons des paupières, surtout de la supérieure (4e jour). — Blennorrhagie de l'œil droit; injection de la sclérotique et légère injection de la partie inférieure de la cornée; l'œil paraît humide; la tension est la même dans l'œil droit et le gauche ; la pupille du droit se dilate moins activement que celle du gauche et se contracte plus lentement (5e jour). — Se réveille avec l'œil droit très douloureux, comme s'il y avait un corps étranger, mieux après avoir été au grand air; le reste du jour, même sensation très légère (10e jour). — L'œil droit est beaucoup mieux; le gauche a eu une sensation comme si un cil détaché y était entré plusieurs fois, sans grande douleur, mais avec une petite sensibilité du globe; un peu de congestion des vaisseaux de la sclérotique autour de la cornée (11e jour). — La paupière gauche enflammée à l'angle externe (4e jour). — Trachome.

Oreilles. — Douleur de l'oreille droite (34e jour). — Beaucoup de douleurs dans l'oreille, élancements et battements. Injections dans les oreilles, qui ramène beaucoup de cérumen; les oreilles continuent à donner de la gêne pendant quelques jours encore; il y avait de la surdité (41e jour). — Indigestion et sensation de plénitude alternant avec la douleur d'oreille (41e jour). — Gorge sensible, oreille douloureuse, sensation de meurtrissure (53e jour).

Nez. — Beaucoup de mucus dans le nez sans avoir pris froid (14e jour). — Picotements et sensation de poivre dans la narine gauche le soir (2e jour). — Petite grosseur comme un nœvus sur le bout du nez, qui augmentait depuis quelque temps, disparaît (cas de cancer utérin traité localement). — Catarrhe avec écoulement verdâtre. — Epistaxis. — Sensation de brûlure dans le nez.

Face. — Soudains et violents élancements douloureux dans les branches inférieures de la 5e paire, du côté gauche, si intenses et si soudainement fulgurants, qu'ils font pousser une exclamation. — Peau de la face très irritable; cela augmente graduellement et persiste pendant deux mois; la peau épaissit et se crevasse par place; lorsqu'on se gratte (ce qui procure un très grand soulagement), il coule un liquide clair; aggravation en se lavant (qui amène un suintement); en se rasant (ce qui n'est possible que tous les deux jours); amélioration en se baignant dans de l'eau très chaude; aggravation le soir par la chaleur du lit; cela empêche le sommeil; un mouchoir doit être appliqué pour absorber l'exsudation; bien que le grattement soulage la démangeaison intense, il est suivi par une brûlure avec suintement (*Rhus. ven.* amène la guérison), (45e jour).

— Un petit nœvus du menton devient noir, s'écaille et disparaît (88ᵉ jour). — Peau de la face très sèche (34ᵉ jour). — Petites plaques d'érythème répandues sur le front (5ᵉ jour). — Ulcères serpigineux du menton (18ᵉ jour). — Une ancienne acné rosacée du nez et de la face (deux cas sont guéris par l'eau radio-active). — Erythème du nez et de la face. — Acné de la face.

Bouche. — Langue très sensible du côté droit, vers le milieu (16ᵉ jour). — Bouche sèche le matin (2ᵉ jour). — Langue blanche (3ᵉ jour). — Goût ramené.

Gorge. — Gorge sensible, oreille douloureuse (55ᵉ jour).

Appétit. — Pas d'appétit pour le déjeuner (3ᵉ jour). — Aversion pour la viande, qui persiste plusieurs mois (3ᵉ jour). — Il ne peut manger du lard au déjeuner (4ᵉ jour). — Dégoût de fumer (22ᵉ jour). — Ceci persiste jusqu'au 46ᵉ jour; le 86ᵉ jour, on donne à l'expérimentateur *Rhus ven.* et deux jours après il pouvait manger du lard). — Perte de l'appétit spécialement pour la viande (8ᵉ jour). — Appétit augmenté et sens du goût revenu (eau radio-active).

Estomac. — Nausées (4ᵉ jour).

Abdomen. — Inflammation du nombril. — Sensation de plénitude après les repas (22ᵉ jour). — Indigestion et sensation de plénitude alternant avec la douleur d'oreille ou une douleur dans la poitrine. — Ulcère serpigineux de l'aine (18ᵉ jour). — Hémorrhagie intestinale dans un cas de sarcome de l'intestin. — Douleurs au niveau du pylore (eau radio-active).

Selles et anus. — Selles plus pâles et plus fréquentes que d'habitude (14ᵉ jour). — Selles très relâchées, mor-

ceaux mous et parties tout à fait liquides, d'une couleur foncée; quelquefois morceaux de mucus; elles ne deviennent normales qu'après dix semaines (16e jour). — Constipation (23e jour). — Tendance aux hémorrhoïdes pendant trois semaines (34e jour). — Les intestins agissent naturellement (cas de cancer traité localement; constipé préventivement par l'opium). — Guérison de la constipation (eau radio-active). — Eczéma intense autour de l'anus, s'étendant à la vulve, avec grande irritation. — Selles sanguinolentes; caillots dans les selles (cas de cancer des intestins).

Organes génitaux de l'homme. — Eruption de psoriasis sur le pénis, avec contour serpigineux (4e jour). — Eczéma humide du pénis, du scrotum, des aines et de l'anus. — Eczéma serpigineux chez un sujet syphilitique et psorique amélioré pour un temps. — Eczéma de la peau et de la muqueuse du prépuce avec irritation; eczéma autour de l'anus.

Organes génitaux de la femme. — Epoques en retard (34e jour). — Epoques une semaine en retard, sans autres troubles (41e jour). — Epoque un peu moins douloureuse que d'habitude (88e jour). — Prurit vulvaire.

Respiration. — Elle sent comme si elle ne pouvait pas prendre assez d'air (3e jour).

Larynx et trachée. — Amélioration d'un état catarrhal du larynx (eau radio-active).

Poitrine. — La poitrine semble serrée comme si elle ne pouvait pas prendre assez d'air (3e jour). — Une éruption de la poitrine disparaît pendant l'expérimentation (34e

jour). — Douleur dans la poitrine alternant avec indigestion et sensation de plénitude.

Dos. — Douleur sous l'omoplate gauche; aggravation par le mouvement, en mettant l'épaule en arrière, amélioration en se levant (52e jour).

MEMBRES SUPÉRIEURS. — Mains froides (3e jour). — Ulcères serpigineux des mains. — Phlyctènes sur la face dorsale des trois premiers doigts de la main gauche, juste au-dessous des ongles.

MEMBRES INFÉRIEURS. — Une callosité ou un cor au bord interne du pied droit, qui existe depuis vingt ans, fut trouvée très améliorée; elle disparut complètement peu après (16e jour). — Un cor tombe du pied droit. — Une plaque d'irritation apparaît sur le pied droit d'un malade prenant *Radium bro.* 30e, quatorze jours après avoir pris la dose. Amélioration d'une sueur fétide des pieds.

GÉNÉRALITÉS. — Douleurs subites, fulgurantes. Sensation d'indigestion et de plénitude, alternant avec douleur d'oreille ou douleur dans la poitrine. — Paraît malade pendant toute la durée de l'expérience; perd 1 kg. 600. — Sensation de grande fatigue comme s'il allait être malade; comme s'il avait la chair de poule (55e jour). — Malaise général (4e jour). — Soulagement des douleurs du cancer, possibilité de dormir; guérison de la jaunisse et de l'hydropysie; vivacité et gaieté remplaçant un état de collapsus et d'apathie (action des rayons). — Se sent plus fort. Le système nerveux central (spécialement chez les animaux jeunes), est très sensible au radium, les animaux meurent de paralysie. — Les globules rouges perdent leur hémoglobine. — Arrêt de la croissance et du développe-

ment des plantes. — Les protozoaires sont d'abord stimulés, puis meurent. — Régénération retardée. — Développement retardé. — Les ferments perdent leur pouvoir.

Sommeil. — Sommeil régulier, sans opiacé (cancer traité localement).

Fièvre. — Frissons, sensation bilieuse, persistant pendant trois jours (11e jour). — Guérison de sueur fétide des pieds.

Peau. — Éruption de psoriasis sur le pénis avec contour serpigineux (4e jour). — Peau de la face très irritable; cela augmente graduellement; la peau épaissit et se crevasse par place; lorsqu'on se gratte (ce qui procure un très grand soulagement), il coule un liquide clair; aggravation en se lavant (ce qui amène un suintement); en se rasant (ce qui n'est possible que tous les deux jours); amélioration en se baignant dans de l'eau très chaude; aggravation le soir par la chaleur du lit, empêchant le sommeil; bien que le grattement soulage, il est suivi par une brûlure avec suintement (45e jour). — Petit nœvus du menton devient noir et s'écaille (88e jour). — Peau de la face très sèche (34e jour). — Une éruption qu'elle avait sur la poitrine avant de prendre *Radium* a disparu (34e jour). — Petites plaques d'érythèmes répandues sur le front (5e jour). — La peau devient rouge, la place se transforme bientôt en plaie qui demande quatre mois à guérir (Curie, application sur le bras pendant dix heures). — Plaie qui apparaît au bout de quinze jours et demande quinze jours à guérir (*id*, application d'une demi-heure). — Après deux mois, la peau devient rouge et un point douloureux, mais tout guérit rapidement (*id*. application de 8 minutes). — Érythème intense qui laisse une pigmentation brunâtre.

sans aucune ulcération consécutive (Roux). — Phlyctènes sur la face dorsale des trois derniers doigts de la main gauche, juste au-dessous des ongles. — Psoriasis (deux cas).—Eruption d'acné au visage. —Quatre heures après une application, une tache rouge apparaît, qui devient plus large et s'étend jusqu'au 14e jour; puis, apparaît une plaie gangréneuse qui s'étend sous une forme serpigineuse. Plus tard, quatre plus petits ulcères apparaissant au menton, à la main et dans l'aine, affectant les tissus au-dessous du derme. Ces lésions produisent un ulcère superficiel, qui augmente pendant plusieurs jours, puis rétrograde et guérit graduellement; les lésions distantes guérissant les premières. Après trois semaines, le premier ulcère du bras était un ulcère atonique en voie de guérison. Du premier au dernier, ni douleur, ni gonflement, ni fièvre. L'ulcère était froid, gangréneux et torpide. — Deux cas d'acné rosacée de la face (eau radio-active). — Cor disparu au pied droit. — Eczéma du scrotum, du pénis et de l'aisselle guéri. — Prurigo pire la nuit (deux cas).

Aggravations. — En se rasant; en se lavant; par la chaleur du lit (peau). Mouvement (mal de tête). En lisant; par la lumière artificielle (yeux).

Temps. — Aggravation nocturne.

Améliorations. — Bain dans de l'eau très chaude. En fermant les yeux (yeux); au grand air (yeux).

Dr Marc Jousset.

NECROLOGIE

Dr Partenay.

Nous apprenons la mort à Saint-Jean-de-Luz, après une longue et douloureuse maladie, de notre confrère le Dr Partenay. Praticien très justement répandu, il avait tenu une grande place dans la clientèle parisienne, dont il était particulièrement aimé et estimé. Après avoir eu le chagrin de perdre son fils unique, il avait abandonné la vie active, au grand regret de ses clients et de ses confrères, qui n'avaient jamais eu avec lui que des relations d'une grande cordialité. Nous envoyons à sa veuve l'expression de toute notre sympathie. M. J.

Banquet anniversaire de la naissance de S. Hahnemann

Le Banquet annuel en l'honneur de l'anniversaire de S. Hahnemann aura lieu le samedi 24 avril, dans les Salons du Restaurant Marguery.

Le Propriétaire-Gérant : Dr P. Jousset.

Typographie A. DAVY, 52, rue Madame, Paris — *Téléphone*

L'ART MEDICAL

MAI 1909

THERAPEUTIQUE

TRAITEMENT DE LA PHTISIE TUBERCULEUSE PAR LA CULTURE FILTRÉE DE DÉNYS (DE LOUVAIN).

Ceci est une simple note destinée à montrer l'action favorable des injections de cultures pures atténuées dans le traitement de la phtisie.

Cette médication dont nous nous servons depuis plusieurs années a été soumise à bien des modifications. Dans le commencement, nous nous sommes servis de cultures pures de tuberculose dont la virulence était atténuée par un vieillissement dans les caves du laboratoire pendant six mois.

En dernier lieu, nous nous sommes servi du sérum de Dénys qui est une culture pure de tuberculose filtrée et atténuée par des dilutions.

Ce traitement ne nous a jamais donné d'accidents. Quelquefois l'injection a été suivie d'une élévation de température de plusieurs dixièmes de degré, mais sans aggra

vation véritable de la maladie. Ces élévations passagères de température ont même fini par disparaître et dans la convalescence, les malades ont pu recevoir sans aucune modification quelques centimètres cubes de teinture-mère du liquide de Dénys. Les observations qui accompagnent cette note montreront que les injections de liquide de Dénys ont été suivies d'une guérison qui, pour quelques malades, datent déjà d'un certain temps.

Nous ferons remarquer qu'avec les doses employées le phénomène de l'anaphylaxie ne s'est jamais produit et pourtant la tuberculine et les sérums analogues, loin de produire dans l'organisme humain une sorte d'accoutumance, donnent lieu au contraire à une sensibilité de plus en plus grande à l'action de ce poison, en sorte que la répétition des doses développe dans l'organisme des symptômes et des lésions de plus en plus marqués.

L'absence d'anaphylaxie ne peut s'expliquer dans nos observations que par la faiblesse des doses employées.

Nous conseillons donc dans le traitement de la phtisie par la tuberculine et les médications analogues, de n'employer au début que des doses infinitésimales. Nous avons commencé nous-mêmes par des $\frac{1}{100.000.000}$; puis en l'absence de réactions générales et locales nous avons augmenté progressivement nos doses. Mais aussitôt qu'une réaction apparaît, au lieu de continuer les injections et de diminuer les doses, nous nous sommes trouvé mieux de suspendre tout à fait le traitement pendant 8, 10 et 12 jours

Observation I. — *Tuberculose ancienne du sommet droit. Traitement par injection de B. F. de Dénys depuis la* (6[e]) *jusqu'à* (*T. M.*). *Durée du traitement : Sept.* 1907 *à juin* 1908 (1).

M. L..., âgé de 27 ans, employé de bureau. Il est malade depuis trois ans; au mois de septembre 1907, il vient d'être réformé pour tuberculose pulmonaire.

Il souffre de l'épaule droite, crache beaucoup. A l'auscultation, matité du sommet droit et dans toute la hauteur en avant. Obscurité respiratoire, exagération des vibrations. Du même côté, en arrière, râles fins au sommet, exagération des vibrations, et obscurité respiratoire.

Les températures prises 5 fois par jour accusent des écarts de 36°1 à 37°2 et 37° 3 le soir.

Les piqûres de 6[e] sont bien supportées, mais les 4[e] faites à doses progressivement croissantes, donnent deux réactions à 39° le soir.

En décembre 1907, injections de (3[e]) tous les 3 jours, avec température variant de 36° à 37°.

En janvier 1908, injections de (2[e]), températures de 36°2 à 36°8, accusant 37°1, après les injections.

En mars 1908, injections de (1/10[e]), tous les 2 ou 3 jours, températures de 36°3 à 36°9, montant à 37°, le lendemain des injections. Amélioration manifeste de l'état général, plus de crachats, ni de toux, plus de sueurs, au sommet droit en avant submatité très légère, et un peu

(1) Nous avons remplacé les appellations du P. Denys, T. III, T. II, T. I, T. O, T. O, au 1/10, T. O au 1/100, etc., par les dénominations correspondantes de notre pharmacopée. T. M., 1/10; 1[re], 3/10; 2[e], 5/10 etc.

d'augmentation des vibrations, expiration légèrement prolongée, l'expiration soufflante au sommet a disparu.

En avril 1908, injections de B. F. pur, en commençant par un dixième de centimètre cube. Réaction à 38°, le lendemain de la première injection. Puis plus de réactions, jusqu'à 4/10e de centimètre cube, alors la température s'élève à 37°3 le lendemain.

Entre les injections faites tous les 5 ou 6 jours, la température oscille entre 36°1 et 36°9, sans atteindre 37°.

En juin, injections de 9/10e, puis 1 cmc. de B. F. pur, avec réaction, le soir de la piqûre à 37°1. Dans l'intervalle la température remarquable de régularité oscille entre 36°4 et 36°9, elle est donc normale. La cure est terminée, le malade ne souffre plus de l'épaule droite, ne crache plus, l'appétit est bon, il supporte admirablement la fatigue. Le sommet droit porte toujours la trace d'une lésion, mais tous les signes sont atténués. En arrière, submatité légère, un peu d'obscurité respiratoire, légère exagération des vibrations.

En avant plus d'exagération des vibrations, un peu d'obscurité respiratoire.

Le malade revu plusieurs fois depuis la cure, continue à bien aller, il résiste maintenant à la fatigue, ne souffre plus et la toux a disparu.

Les injections en somme ont été très bien supportées. Les quelques réactions un peu vives qui se sont montrées après l'augmentation des doses n'ont pas persisté.

Le malade a pu supporter à la fin de la crise les injections de T. M. sans aucune élévation de température. Pendant ce temps tous les symptômes morbides se sont amendés en même temps que le malade pouvait supporter sans aucun signe de réaction les injections de T. M.

Observation II. — *Tuberculose fibreuse du sommet droit. Traitement par le sérum Dénys. Injections de (4e dilution) à (T. M.). Durée du traitement : Février* 1907 *à juin* 1908.

Mlle B..., âgée de 40 ans, se plaint depuis deux ou trois ans d'une toux sèche quinteuse, très pénible.

Tous les médicaments ont échoué. Le séjour à la campagne lui-même, n'a pas empêché l'amaigrissement extrême. Les sueurs sont très abondantes, le teint est terreux. Perte complète du sommeil.

Au sommet droit en avant et en arrière submatité, exagération très forte des vibrations, pas de râles, inspiration rude. L'appétit est mauvais, et les digestions pénibles.

Tous ces signes nous font craindre une aggravation imminente. Les températures sont très irrégulières, mais se maintiennent toujours au-dessus de 37°, jusqu'à 37°8.

Chez cette malade, les piqûres de (4e dilution) commencées le 12 mars 1907 faites tous les trois jours, ont un effet bien marqué sur le retour de l'appétit. Fin avril, elle se sent plus forte, le sommeil est meilleur, et les sueurs disparaissent. Un centimètre de (4e) injecté le 5 mai, provoque une élévation de température de 3/10e suivie, pendant quelques jours d'augmentation de la toux, de quelques sueurs, et nous oblige à revenir plusieurs fois à cette dose.

Le 15 juillet, départ pour la campagne. La submatité a diminué, l'inspiration est moins rude, l'expiration un peu prolongée. Elle continue les injections elle-même, mais très irrégulièrement, jusqu'à la fin de septembre. Nous injectons alors les (3e) 1 cmc., la température descend à 36°3, mais remonte souvent à 37°2, 37°4.

En janvier 1908, injections de (1/10e) accompagnées de douleurs dans l'épaule droite, d'aggravation de la toux et de fatigue générale, piqûres tous les quatre jours. Fin février, 1 cmc. de (1/10e).

En mars 1908, injections de bacilles filtrés additionnées de bouillon pur, en quantité égale.

Puis injections de (T. M.), un quart de cmc. sans réaction.

Le 15 juin 1908, la malade reçoit 1 cmc. de B. F. de Dénys sans réaction. Le traitement a duré assez longtemps, parce qu'il a subi des interruptions pendant les mois de vacances 1907; et que nous avons progressé par 20e de centimètre cube pour les injections de B. F. pur.

La malade ne tousse plus, son sommeil est très bon, (elle ne dormait pas plus d'une heure avant le traitement).. Elle ne souffre plus de l'épaule droite. Au sommet droit en avant, l'expiration est un peu prolongée et il persiste une légère exagération des vibrations.

En arrière, l'inspiration est un peu rude, mais il n'existe plus d'exagération des vibrations.

Chose curieuse dans l'observation I et dans celle-ci nous notons plutôt une diminution de poids du corps, malgré l'amélioration manifeste de l'appétit, de l'état général et des lésions.

Chez cette malade les injections de sérum Dénys n'ont donné lieu que très rarement à une élévation de température, et dans la dernière période du traitement, les injections de culture tuberculeuse qui auraient donné lieu chez les malades à une élévation considérable de température ont passé tout à fait inaperçues et donné lieu à la guérison.

Nous remarquons que dans ce mode de traitement, la guérison est assurée quand les injections de T. M. ne produisent plus d'élévation de température.

Observation III. — *Tuberculose fibreuse du sommet gauche traitée par le B. F. depuis la (4e) jusqu'à la (T. M.) de février* 1907 *à décembre* 1907.

Cette malade âgée de 32 ans, se plaignait depuis le mois de juin 1906 d'une douleur dans l'épaule gauche; elle avait beaucoup maigri. Sueurs abondantes le matin et étourdissements. En juillet 1906, nous constatons au sommet gauche en avant une respiration rude un peu saccadée, expiration prolongée, submatité, diminution des vibrations. Au sommet gauche en arrière, submatité, diminution du murmure vésiculaire, diminution des vibrations, à la base, inspiration rude.

Malgré l'aération continue, et plusieurs séjours à la campagne, nous retrouvons le même état au mois de janvier 1907.

La température est très irrégulière, 36° le matin, atteignant 37° le soir. C'est dans ces conditions que la cure de B. F. est commencée le 15 février par des injections de (4e).

Au mois de mai, injections de (3e) suivies d'une réaction le lendemain de chaque injection, de 3/10e de degré.

La température est maintenant très régulière, n'atteint plus 37, et varie entre 36°5 et 36°8.

En juillet 1907, injections de (2e) de B. F. Nous constatons : légère submatité au sommet gauche en avant et en arrière, respiration un peu rude en avant, pas de râles. Pas de toux; les sueurs et les douleurs dans l'épaule sont disparues.

En septembre 1907, injection de (1re) 3/10e de centimètre cube, suivie de réaction à 37°2, puis 37°1 le lendemain et surlendemain.

En novembre, injections de 1/10e; la douleur dans l'épaule se produit toujours le lendemain de chaque injection, ainsi qu'une élévation de température de 1 ou 2 dixièmes.

En décembre, injection de B. F. mixte, puis de B. F. (T. M.) un demi-centimètre cube, sans réaction. A ce moment, nous cessons le traitement. L'appétit est excellent, la malade a retrouvé le sommeil, elle n'est plus fatiguée. Les douleurs dans l'épaule gauche ont disparu. A l'auscultation, au sommet gauche en avant, très légère submatité sous la clavicule, la percussion n'est plus douloureuse. Vibrations normales, inspiration un peu rude.

En arrière, légère obscurité respiratoire dans la fosse sus-épineuse et légère diminution des vibrations.

Tous les signes se sont atténués. L'état général est beaucoup mieux, la malade a retrouvé ses forces.

Cet état de bonne santé s'est maintenu depuis cette époque.

Dans cette observation nous devons remarquer que la malade a cessé de réagir même après les injections de T. M. à la fin du traitement. Encore une fois l'absence de réaction après l'injection du sérum Dénys en T. M. est le signe qui annonce la guérison et on ne doit cesser le traitement que quand elle a été obtenue.

Dr P. Jousset.

ACTION PHYSIOLOGIQUE DU TABAC. — SES INDICATIONS DANS L'ARTÉRIO-SCLÉROSE

Nos connaissances sur l'action physiologique du tabac chez l'homme ont trois sources : les phénomènes observés chez les personnes qui usent habituellement du tabac sous une forme quelconque ; l'histoire des empoisonnements accidentels ou criminels, et enfin de nombreux travaux de laboratoire contenant des expériences relatant les effets produits par le tabac chez les animaux.

Mais si ces connaissances de pharmacodynamie sont extrêmement nombreuses elles n'ont malheureusement pas été recueillies méthodiquement et il est difficile de distinguer dans l'histoire de cette substance telle que nous l'exposent les livres classiques, les symptômes primitifs et secondaires pas plus que ceux fournis par les doses faibles et les doses fortes. Aussi ne sommes-nous pas étonné de rencontrer dans l'histoire des actions physiologiques du tabac des omissions et surtout des contradictions.

Notre but dans le présent travail étant d'étudier les rapports qui existent entre les affections du cœur et des gros vaisseaux et l'action du tabac chez l'homme sain, nous restreindrons nos études à l'action de ce médicament sur la circulation et la respiration. Et pour avoir autant que possible la véritable physionomie du médicament, nous nous attacherons surtout aux effets produits par les doses moyennes qui représentent la véritable action thérapeutique du médicament.

Le tabac localise son action sur la circulation; est-ce par l'intermédiaire du grand sympathique comme on le croit généralement ? est-ce par une action directe sur la

fibre musculaire des artérioles? Nous réservons la solution de ce problème sans intérêt pour la question que nous agitons, et nous nous bornons à constater que le tabac détermine jusqu'à leur effacement la contraction des artérioles ; augmente à dose moyenne l'activité des fonctions respiratoires et circulatoires, il est un hypertenseur par excellence et que suivant ses doses et le temps pendant lequel il est administré, il produit des symptômes et des lésions qui rappellent l'histoire de l'artériosclérose de l'aortite chronique et de l'angine de poitrine.

L'étude détaillée de l'action physiologique du tabac dans les fonctions respiratoires et circulatoires démontrera la vérité de nos affirmations.

A. — Dose faible.

1° *Respiration.* — Une dose faible de nicotine ou de tabac accélère la respiration qui devient plus ample et plus complète; la fonction est donc exaltée par cette petite dose.

2° *Cœur.* — Les mouvements du cœur sont ralentis en même temps que leur énergie est augmentée. Il existe une hypertension manifeste. Le tabac à petite dose augmente donc la fonction cardiaque comme il augmente la fonction respiratoire.

B. — Doses toxiques.

1° *Respiration.* — Une dose de tabac détermine une respiration haletante, irrégulière, sifflante, convulsive, qui s'arrête bientôt par l'état tétanique des muscles respiratoires.

2° *Cœur.* — Par les fortes doses, les battements du cœur sont ralentis en même temps qu'irréguliers; il survient des arrêts angoissants puis un arrêt définitif en diastole; tels

sont les symptômes produits par l'administration d'une dose de tabac.

Nous allons maintenant exposer les symptômes et les lésions et terminer par la répétition des doses, par le *tabagisme* chronique. Ce chapitre nous sera surtout fourni par l'histoire de fumeurs qui tolèrent mal l'usage du tabac et qui, malgré cela, en abusent.

1° *Respiration.* — Une dyspnée habituelle avec aggravation passagère constitue l'asthme tabagique ; la respiration est irrégulière et présente comme nous le verrons pour le cœur, une sensation très nette de constriction du thorax, constriction toujours accompagnée d'angoisse. A un degré plus avancé et dans les vrais empoisonnements, la respiration devient de plus en plus irrégulière, affectant le type de Cheyne-Stokes; si la mort doit être la suite de l'empoisonnement, la respiration devient stertoreuse.

2° *Cœur.* — L'intermittence et les palpitations constituent pour le cœur les premiers troubles du tabagisme chronique, puis surviennent des arrêts brusques et angoissants dans les mouvements cardiaques. Enfin, cette constriction du thorax angoissante et augmentant par le mouvement que nous avons déjà signalée à propos de la respiration. Ajoutons que le pouls est petit, dur ; le malade ayant des attaques de lipothymie et même des syncopes.

Dans cette première période le pouls est généralement ralenti. Ces symptômes ont encore pour caractère d'être plus marqués pendant la nuit. L'hypertension déjà signalée existe à un haut degré; elle se traduit déjà par l'augmentation de la matité aortique et par la dyspnée d'effort. Si cet état se continue et se développe, on ne tarde pas à avoir tous les signes de l'aortite chronique auxquels

vient se joindre, après un certain temps, l'angine de poitrine d'abord produite par du spasme coronaire, plus tard par une artérite comparable à celle qui accompagne l'artériosclérose ordinaire. M. Huchard qui attribue l'artériosclérose à une hypertension artérielle devait évidemment trouver dans l'hypertension tabagique la cause d'une artériosclérose toxique, avec ses lésions et ses complications habituelles. C'est le lieu de rappeler que M. Josué, à la suite d'injections de nicotine dans les veines, a déterminé des lésions caractéristiques de l aortite chronique.

Dans son livre sur les maladies du cœur et des gros vaisseaux, M. Huchard dans des pages très documentées, trace l'histoire de l'angine de poitrine tabagique.

Comme l'angine de poitrine liée à l'artériosclérose, l'angine de poitrine tabagique a des accès provoqués par le mouvement qui s'arrêtent dans le repos et qui peuvent se terminer par la mort. Néanmoins, elle s'accompagne de symptômes spéciaux qui lui donnent une physionomie particulière et qui permettent de la distinguer de l'angine de poitrine due à la coronarite.

La première différence que je signalerai c'est la grande fréquence des accès spontanés qui sont si rares dans la coronarite, mais c'est surtout la concomitance de troubles cardiaques : intermittences, palpitations, lipothymies, presque constants dans l'angor tabagique et qui manquent le plus souvent dans la coronarite: c'est encore l'existence de symptômes appartenant à l'empoisonnement chronique par le tabac et en première ligne les vertiges; le froid des extrémités, la tendance aux lipothymies, la brachycardie ; une sensation de strangulation siégeant au gosier et le plus souvent des symptômes gastriques si communs chez les fumeurs.

En somme l'ensemble des travaux résumant l'action du tabac sur l'homme sain démontre que cette substance détermine les symptômes et les lésions qui caractérisent l'aortite chronique et l'angine de poitrine. D'où, d'après la loi de similitude l'indication du tabac dans le traitement de ces maladies.

Nous allons maintenant reproduire quelques observations démontrant l'efficacité du tabac dans le traitement des maladies qu'il a la propriété de produire sur l'homme sain.

Observation I. — *Aortite chronique.*

X... âgé de 72 ans, cimentier, vient depuis huit ans, passer tous ses hivers à l'hôpital Saint-Jacques; l'été, il est gardien de nuit et sa santé lui permet d'exercer cet état peu fatigant, mais quand vient la mauvaise saison, l'aortite dont il est atteint s'aggrave et l'oblige à entrer à l'hôpital.

Ce malade a passé sa jeunesse en Afrique; il a exercé longtemps le dur métier de scaphandrier, et il a contracté successivement une pleurésie et une pneumonie.

Ce malade est entré à l'hôpital Saint-Jacques le 3 novembre 1908, il présentait l'état suivant; toux incessante, dyspnée, œdème des membres inférieurs, céphalalgie frontale droite; constipation habituelle dont il se préoccupe plus que de raison. Digestions difficiles, grande production de gaz, météorisme. Il a un facies rouge et animé et l'examen du cœur et des gros vaisseaux donne les signes suivants ; le cœur est augmenté de volume, sa pointe bat dans le 6e espace intercostal et en dehors de la ligne du

mamelon; l'auscultation permet de constater un bruit de souffle au 1er temps siégeant au foyer aortique, 2e espace intercostal droit, ce souffle à timbre très rude se prolonge dans l'aorte; le second bruit est sourd; il existe un frémissement perceptible au niveau du foyer aortique. Arythmie considérable, bruit de souffle très léger et double dans l'artère fémorale; le pouls est plein et vif, ayant jusqu'à un certain degré le caractère du pouls de Korrigan, soulèvement brusque de l'artère, suivi d'une dépression subite, 84 pulsations à la minute. Pouls capillaire onguéal.

Les urines sont plutôt abondantes : 1.500 à 2.000 gr. Elles contiennent 0,70 d'albumine par litre.

Le malade se plaint surtout de la dyspnée qui augmente pendant la nuit et de sa constipation.

Au début, ce malade a reçu le traitement classique de l'aortite chronique:iodure de potassium à petite dose,0,25 à 0,50 par jour, et comme sous l'influence de ce traitement la dyspnée persistait à peu près au même degré, nous avons prescrit le tabac indiqué par l'arythmie, la compression du thorax en ceinture avec angoisse et un certain degré de vertige; ce médicament prescrit d'abord à dose pondérable *Tabacum* (1/10e trit. 0,20), c'est-à-dire deux centigrammes de la substance; dose qui, au bout de quelque temps, fut remplacée par la 6e dilution.

Sous l'influence de ce médicament, le malade éprouve une amélioration très sensible et ayant été obligé de quitter l'hôpital pour donner des soins à sa femme malade, il revient plusieurs fois la semaine redemander sa potion de *Tabacum*.

OBSERVATION II. — *Syphilis. Symptômes d'ataxie locomotrice, puis d'angine de poitrine.*

M. X..., âgé aujourd'hui de 72 ans, m'a consulté pour la première fois à la fin de 1894; c'est un arthritique à constitution très robuste. Il a fait dans sa jeunesse et dans son âge mûr des abus alcooliques et en particulier de vermouth; il a fumé avec excès et enfin contracté une affection syphilitique avec accidents secondaires et tertiaires. La première fois que M. X... a réclamé mes soins; il présentait des symptômes bizarres d'ataxie limitée au membre supérieur. Le professeur Raymond, consulté, n'hésita pas à diagnostiquer un tabès de la région cervicale.

Cette affection qui se développa pendant que le malade était encore sous l'influence de hautes doses d'iodure de potassium, fut soignée par l'alternance de *Sulfate d'Atropine* et de *Sulfate de Strychnine* à la 2ᵉ trituration et aussi par les injections de liquide testiculaire. Il s'améliora promptement, une saison à Lamalou acheva la guérison.

Je ne revis plus le malade qu'en 1902; à ce moment, il était atteint d'une aortite chronique caractérisée par un bruit de souffle aortique et surtout par des accès d'angine de poitrine; douleur sous-sternale par une marche un peu vive, forçant le malade à s'arrêter; cette douleur se répandait dans les deux bras. L'accès cessait quelquefois par des renvois. L'iodure de sodium à la dose de 0,25 par jour; la *Spigelia*, le *Cactus*, mais surtout l'*Adrénaline* à la 3ᵉ et à la 6ᵉ dilution finirent par triompher de cette affection qui disparut complètement pendant deux ans.

Cependant le malade avait de temps en temps de légers accès, mais à partir de 1907, l'affection a reparu et elle s'installa définitivement.

L'*Adrénaline* prescrite d'abord nous donna fort peu de résultat et le 29 octobre 1907 pour la première fois, je lui prescrivis *Tabacum* (3e trit.) 0,25; 3 cuillerées par jour.

Cette dose pourtant bien faible produisit le premier et le deuxième jour une aggravation considérable; grand malaise, chaleur à la tête et aux oreilles; interruptions du pouls. Après cette aggravation, il se produisit un mieux très notable, la potion fut renouvelée, mais le malade ayant eu encore deux accès, j'essayai la 12e dilution de *Tabacum*, et le malade affirmait éprouver une sensation de mieux-être qu'il n'avait pas éprouvée encore. Quinze jours après, le mieux persistant, je continuai la même dose pendant un mois. C'est alors que je prescrivis la 30e dilution. Ce médicament fut ainsi continué pendant trois mois, le malade n'était pas guéri, mais éprouvait une amélioration incontestable.

Le malade est beaucoup mieux, cependant il n'est pas entièrement guéri, car à propos de la marche il éprouve encore de temps à autre un sentiment de constriction du thorax, qui le force à ralentir le pas. Pour cet état, j'ai prescrit successivement la *Baryte*, le *Lycopode* et quelques autres médicaments; mais toujours est-il que ce malade a éprouvé une amélioration très considérable par l'emploi du *Tabac* prescrit de la 3e à la 30e dilution.

Ces deux observations permettent de constater l'action favorable du tabac dans l'aortite et la coronarite. Nous nous proposons de publier ultérieurement une série d'observations démontrant l'action thérapeutique du tabac dans l'artériosclérose; seulement je ferai remarquer que les observations en clinique ne sont pas des expériences de la-

boratoire d'où la difficulté de trouver des cas où le tabac a été employé seul sans avoir été précédé ou suivi d'autres médicaments cardiaques.

Dr P. JOUSSET.

MATIERE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE

VENINS DES SAURIENS.

Les venins des sauriens ne sont pas aussi inoffensifs qu'on serait tenté de le croire. On trouvera leurs effets décrits à propos de *Heloderma*.

LACERTA.

(Lézard vert des Etats-Unis).

Bibliographie.

T.-F. ALLEN. *Encyclopædia*. Philadelphie.
J.-H. CLARKE. *A Dictionary of practical Materia medica*. Londres 1900.
W. SCHWABE. *Pharmacopœa homœopathica polyglotta*. Leipzig, 1880.

I. — GÉNÉRALITÉS.

Généralement on considère le lézard vert comme inoffensif. Et cependant Baldelli qui mangea un lézard coupé en morceaux, en éprouva des symptômes caractérisés d'indigestion, avec vésication sous la langue et éruptions cutanées; une jeune fille mordue à la plante du pied gauche par un gros lézard vert, mourut des effets de la morsure après trente-deux jours de souffrances. T. F. Allen, dans

l'appendice de son *Encyclopédie* rapporte ces faits, et signale gonflement, douleur, engourdissement, délire, alternant avec état d'acuité intellectuelle très augmentée, paralysie du côté gauche, rigidité de la nuque et de la mâchaire gauches et affaiblissement des muscles. Symptômes aggravés par le contact, diminués par fréquente absorption de vinaigre et d'eau. Douleurs intolérables dans le membre mordu.

II. — Pathogénésie.

Symptômes généraux. Engourdissement ; picotements. Tuméfaction s'étendant vers en haut, depuis la région mordue, avec douleurs intolérables au moindre mouvement; muscles de la nuque et de la mâchoire, à gauche, raides et sensibles au toucher, en même temps que paralysie du côté gauche. Membres couverts de taches peu de temps avant la mort.

Tous les symptômes disparaissent la nuit suivante, à la suite d'une transpiration abondante.

Moral. Délire passager. Remarquable augmentation de l'acuité intellectuelle, pendant les intervalles, où la raison subsiste.

Face. Muscles du côté mordu rigides et sensibles à l'attouchement.

Bouche. Grosses vésicules sous la langue. Constante accumulation de salive.

Gorge. Grande difficulté de déglutition.

Organes de la digestion. Violentes éructations et malaise à l'estomac. Nausées avec sensation de poids et de pression à l'estomac. Douleurs intestinales.

Organes sexuels féminins. Plaies ulcérées.

Pouls. D'abord augmenté de huit pulsations, puis diminué de quatorze.

Peau. Mate avec éruptions à diverses parties du corps, surtout à la commissure palpébrale interne.

III. — Clinique.

Eruptions à la peau. Vésicules à la langue.

IV. — Mode d'emploi et doses.

Trituration et teinture avec l'animal entier desséché.

Les dilutions moyennes et élevées sont seules usitées.

Amphisbaena vermicularis.

Bibliographie.

J.-H. Clarke. *A Dictionary of practical Materia medica.* Londres, 1900.
Mure. *Doctrine de l'Ecole de Rio de Janeiro et pathogénésie brésilienne.* Paris, 1849.
W. Schwabe. *Pharmacopœa homœopathica polyglotta.* Leipzig, 1880.

I. — Généralités.

Reptile saurien annelé, cet animal est une sorte de lézard-limaçon, sans membres, se mouvant indifféremment en avant et en arrière.

II. — Pathogénésie.

Moral. Ennui, impatience, lassitude le matin.

Sommeil. Réveil à minuit, pendant dix nuits consécutivement.

Tête. Vertige. Tendance à tomber d'un côté; puis de

l'autre, aggravée par la rotation. Céphalalgie atroce. Battements comme par grêlons au côté droit de la région frontale. Elancements et douleur à travers tout le côté droit de la tête. Sueurs à la tête.

Yeux. Constriction dans l'œil droit, qui est comme serré par une corde. Constants tiraillements dans les paupières supérieures, surtout dans la paupière gauche.

Face. Grosse et douloureuse pustule suppurée à la lèvre supérieure gauche.

Organes de la digestion. — Sensation de dents allongées, surtout aux molaires inférieures.

Odontalgie aggravée dans l'après-midi et la soirée. Mastication douloureuse.

Douleur dans la mâchoire inférieure avec gonflement aggravé par l'air et l'humidité.

Froid et douleur à l'épigastre.

Saillie d'une hernie ombilicale. Douleur tiraillante à l'ombilic, élancements comme par coups de stylet. Suppuration d'une hernie inguinale qui est douloureuse et comme remplie d'air.

Constipation.

Dos. Vive douleur dans la colonne vertébrale, aggravée par la marche, le mouvement des bras et la station debout.

Membres. Eruption de petites pustules, spécialement à l'avant-bras.

Gonflement douloureux de tout le bras. Douloureux tiraillements vers en haut dans les mollets. Crampe dans e mollet gauche, comme paralysie, subsistant après la marche.

III. — Thérapeutique et Clinique.

On doit à Mure les expérimentations sur l'homme sain

qui dénotent une action élective du médicament sur la tête et sur la mâchoire. Signalons l'action latérale droite, et les applications du médicament dans la *constipation*, les *crampes*, la *céphalalgie*, la *hernie*, les *douleurs maxillaires* et l'*odontalgie*.

IV. — Mode d'emploi et doses.

Mure a préparé le médicament en coupant une partie des mâchoires de l'animal vivant (qui probablement renferme un poison) et en opérant une trituration.

Les atténuations élevées sont indiquées.

Heloderma.

Bibliographie.

C.-D. Belden. *Homœpathic Recorder.*
R. Boocock. *Homœpathic Recorder*, vol., V, et IX, p. 163.
J.-H. Clarke. *A Dictionary of practical Materia medica.* Londres, 1900.
R. Kobert. *Lehrbuch der Intoxicationen.* Stuttgart, 1906.

I. — Généralités.

Ce lézard d'aspect fort laid et désagréable, vit principalement au Mexique. Tout son corps est revêtu d'une sorte de cuirasse tachetée de jaune et de noir. Il ne mord que rarement.

II. — Action toxique.

Le venin est à réaction alcaline, et, contrairement au venin des serpents, il agit parfois lentement, demandant plus de trente jours pour le complet développement de ses effets nocifs.

La morsure, dit Belden, produit une paralysie avec engourdissement, semblable à la paralysie agitante ou à l'ataxie locomotrice.

Dans les cas d'action rapide, lorsque les sujets ne survivent qu'une heure ou deux à la morsure, l'angoisse est terrible même pour les spectateurs.

Le venin traverse l'organisme aussi vite qu'un éclair, causant une douleur inexprimable et une agonie atroce, de la tête aux pieds. Malgré la paralysie, chaque muscle, chaque os, chaque tendon, chaque nerf est extraordinairement affecté par une douleur intense. La tête du patient semble vouloir se fendre en deux. Très peu de personnes mordues sont capables de parler après les quinze premières minutes, mais l'inconscience rarement apparaît plus de cinq minutes avant la mort.

Chez un homme mordu à l'index, surgit une douleur très vive allant de la plaie vers la tête et le dos. Immédiatement on applique un bandage serré au doigt et au poignet. Deux heures plus tard, la plaie fut nettoyée et l'on appliqua un nouveau bandage. Trois jours plus tard, lorsqu'on eût relâché le bandage autant que possible, les douleurs intenses s'irradièrent vers la tête et la colonne vertébrale. Après trois mois, le seul phénomène perceptible était un gonflement de la langue qui semblait recroquevillée sur elle-même.

L'examen clinique a établi que les nucléines et les albumoses sont les agents toxiques de ce venin. D'après des expériences faites sur les grenouilles, les souris et les lapins, ces substances toxiques ont, après absorption, une action paralysante, affectant tout d'abord le système nerveux central; plus tard survient, en outre, une paralysie curaréiforme des extrémités des nerfs moteurs. Avant l'absorption, déjà il se développe une action excitante locale.

se traduisant par ecchymoses, œdème et frigidité des muscles environnants. Chez les grenouilles se produit également une paralysie cardiaque, tandis que chez les animaux à sang chaud, la mort est due à une paralysie du centre respiratoire.

III. — Pathogénésie.

Elle a été établie par Boocock au moyen d'une solution de la 6e trituration décimale (3 gr. 888 dans 124 gr. 412 d'alcool) dont l'expérimentateur prit de 3 à 4 gouttes.

Symptômes généraux. Le sujet s'alarme facilement. Tremblement. Sensation de fatigue; grande faiblesse, nervosité. Défaillance. Douleur intense dans les os et dans toutes les parties du corps. Tremblement du côté gauche, mains remuantes. Le tremblement peut être surmonté par un effort de volonté. Tremblement le long des nerfs, dans les membres (notamment dans les cuisses et les bras) quand le sujet est au lit, assez fort pour réveiller le sujet. Parfois, quand le sujet lit tranquillement, un tremblement ébranle son corps, au point de l'empêcher de lire ou d'écrire pendant quelques secondes. Le venin traverse le corps avec la rapidité de l'éclair causant de l'angoisse de la tête aux pieds. Malgré la paralysie, chaque muscle, chaque os est le siège d'une douleur. Douleur allant de la partie mordue à la tête et dans le dos. Grande émaciation et mort par langueur. Consomption galopante. Les membres affectés se rident. Toutes les sécrétions tarissent. L'extension soulage les douleurs dans les muscles et les membres. Douleurs fréquentes de droite à gauche. Sensations d'engourdissement. Faiblesse, étourdissement, rendant difficile la station debout. Vertige avec cécité : l'animal mordu tournoie et meurt en vingt minutes. Impossibilité de se balancer.

Le mouvement n'augmente pas la douleur. Pulsations par tout le corps. Tressaillement, tremblement, au moindre bruit. Douleurs osseuses. Grande tuméfaction du membre mordu, douleur intense, gangrène.

Moral. Pas d'inclination pour le moindre exercice. Incapacité de concentrer son intelligence sur aucun sujet. Difficulté à se rappeler la prononciation des mots. Indifférence passive au début de symptômes très graves. Dépression.

Tête. Vertige et faiblesse par mouvement vif. Etourdissement avec tendance à tomber en arrière. Vertige et sensation de pression froide partant de l'intérieur du crâne. Chaleur dans l'intérieur de la tête; chaleur au vertex. Céphalalgie au-dessus du sourcil droit. Pression dans la tête et le cuir chevelu; dans le crâne, comme s'il était trop plein, avec intelligence lucide. Douleur et raideur à l'occiput s'irradiant dans la nuque; taches morbides à diverses parties de la tête. Douleur intense au-dessus du sourcil gauche, à travers les yeux, la base du cerveau et le long du dos. Céphalalgie très violente au-dessus de l'os temporal droit, comme s'il se formait une tumeur pressive dans le crâne; tout le côté droit est affecté déterminant un engourdissement le long du côté gauche du corps. Douleur vive fouillante à la base du crâne. Sensation d'engourdissement à toute la partie supérieure de la tête. Sensation de brûlement dans le cerveau; tête chaude et pleine, comme si la cavité crânienne était trop petite. Pulsations au vertex; sensation de brisure. Sensation d'un cercle froid autour de la tête. Sensation comme si le cuir chevelu était vivement soulevé au-dessus du crâne. Le sujet enfonce la tête dans l'oreiller. Il est réveillé soudain par un élancement dans la tête. La

partie centrale de l'os frontal ressent un phénomène si bizarre, que le sujet en est réveillé.

Yeux. Démangeaisons aux paupières;lacrymation.Poids sur les paupières avec difficulté de les tenir ouvertes. Vision améliorée. L'astigmatisme disparaît.

Oreilles. Pression derrière l'oreille gauche. Pression dans l'oreille de dedans en dehors. Abondante production de cérumen. Oreilles sèches et exanthémateuses. Bourdonnements dans l'oreille comme par une sonnette.

Nez. Narine gauche ulcérée. Eruption sèche avec démangeaison dans les narines. Violents accès d'éternuement avec grand froid le long du dos. Ecoulement fluide.

Face. Bouffées de chaleur. Sensation de froid, de reptation, de la tempe à la joue droite, de la mâchoire supérieure à la joue. Sensation de picotement comme par pointes de glace. Sensation comme si les muscles de la face étaient soulevés au-dessus des os. Mâchoire raide. Lèvres sèches.

Organes de la digestion. Bouche douloureuse comme par plaie. Langue sensible et sèche, tuméfiée.

Gorge sèche, sensation de brûlement, douloureuse et sensible au toucher. Picotement et douleur dans l'amygdale droite.

Brûlement acide dans l'estomac. Soif excessive. Gargouillements dans la région splénique. Vive douleur tiraillante dans les intestins, plus marquée à gauche. Douleur autour des os du pubis, s'étendant aux testicules.Douleurs piquantes dans les intestins : comme s'ils étaient remplis d'épingles. Réveil la nuit par une douleur dans les intestins, à la région hypogastrique gauche. Borborygmes.Sensation d'une ceinture trop serrée autour de l'abdomen.

Selles molles, abondantes, grumeleuses, précédées de

points dans l'abdomen. Selles molles, avec abondantes flatuosités. Intestins torpides. Selle molle, foncée, difficile à expulser. Hémorrhoïdes gonflées avec démangeaison et sang.

Organes de la respiration. Toux légère, saccadée, avec douleur à l'omoplate gauche. Plénitude de la poitrine nécessitant un effort pour dilater les poumons. Oppression par le moindre exercice.

Violent point à travers le membre droit vers le côté interne du bras droit. Sensation de froid dans le poumon droit.

Organes de la circulation. Pression au cœur. Froid glacial et mortel au cœur, de dedans en dehors. Tiraillements autour du cœur comme par difficulté pour la pénétration et la sortie du sang.

Tintement, tremblement, froid et oppression autour du cœur. Battements du cœur ressentis par tout le corps. Le cœur bondit comme s'il manquait de place; tout le corps en vibre. Douleurs lancinantes de gauche à droite. Points dans le cœur. Douleurs dans le cœur, plus accentuées sous le mamelon droit. Pouls 56-72, plein et vibrant.

Organes urinaires. Douleur piquante au rein droit, dans la position assise, comme par contraction, suivie de fourmillements dans les doigts. Vessie irritée, fréquent besoin d'uriner. Le sujet rêve qu'il urine, mais ne le fait pas; il se réveille en émettant une abondante quantité d'urine claire et brillante. Sensibilité dans l'urèthre, avec sensation de miction. Urine trouble, ne s'écoulant pas aussi librement que d'habitude. Flot intermittent, comme obstrué par des calculs. Poids spécifique 1.010. Jaune verdâtre et fétide.

Organes génitaux mâles. Erection; mais le sujet se sent trop fatigué par le coït. Coït prolongé; très voluptueux, avec

abondante émission de sperme. Pénis et testicules excessivement froids, comme recouverts par un morceau de glace, avec écoulement gluant. Douleur et tuméfaction du testicule droit. Douleur en dessous du pubis et le long du pénis.

Nuque et dos. Nuque raide. Douleur dans les os de la nuque. Froid autour de l'omoplate. Froid dans le dos, depuis la base du cerveau jusqu'aux fesses. Violentes douleurs dans les muscles lombaires, réveillant le sujet (avec points dans les intestins).

Membres. Engourdissement et tremblement de la main et du bras droits. Fourmillements dans les bras, les mains, les doigts. Tiraillements dans la main gauche, suivis de formications. Douleurs dans les mains en tenant un objet pendant quelque temps. Mains cyanosées, fendillées et raboteuses.

Engourdissement dans la cuisse gauche. Douleur de brisure dans la cuisse et le mollet gauches. Froid du genou, à la jambe et aux pieds. Douleur fouillante et très vive dans le tibia de la jambe droite. Sensation d'une corde serrée autour de la cheville droite. Fourmillements et brûlement des pieds comme il en survient dans la guérison d'une congélation. Brûlement des pieds, empêchant le sommeil, le sujet porte ses jambes en dehors du lit. Sensation de marcher sur des éponges ou comme si les pieds étaient enflés. Démarche chancelante. Tendance à tourner en marchant. Pendant la marche, le sujet lève ses pieds plus haut que d'habitude et retombe lourdement sur ses talons.

Peau. Démangeaison comme par piqûre d'insecte. Peau des mains très rugueuse et fendillée.

Sommeil. Assoupissement, mais impossibilité de dormir.

Sommeil agité. Rêve animé à propos d'une lecture, malgré la sensation de prostration.

Le sujet rêve de lézard; il rêve qu'il urine dans son lit, mais ne le fait pas; réveil avec émission de grande quantité d'urine. Rêves répétés pendant toute la nuit. Réveil par secousse dans la tête, tremblement des membres, douleur dans les muscles lombaires. Réveil par sensation de froid rampant à travers le corps et les jambes. Réveil avec sueur très froide, visqueuse, persistant jusqu'au matin.

Fièvre. Froid interne, comme congélation de dedans en dehors. Ondes froides remontant des pieds, ou descendant de la base du cerveau. Froid intense descendant le long du dos. Cercles froids autour du corps. Sensibilité au froid; contraction par l'exposition à l'air. Sensation de chaleur à la tête et à la face, légère céphalalgie au-dessus du sourcil droit. Afflux de chaleur et brûlement dans la tête et le long du rachis. Pieds très chauds; chaleur à travers le corps, fugace suivie par froid glacial. Sueur froide visqueuse.

IV. — Thérapeutique.

Ce médicament affecte principalement le système nerveux cérébro-spinal. Le venin agit très rapidement tout en maintenant longtmps son action perturbatrice sur les constitutions qu'il ne tue pas. La caractéristique la plus évidente est la production d'un froid glacial, allant du dedans vers le dehors, il possède également une action plus marquée sur les alcooliques. Aggravation par le froid, avec désir de chaleur; aggravation après le sommeil. Amélioration lorsque le sujet étend ses membres.

V. — Clinique.

Affections de la base du crâne. Méningite cérébro-spi-

nale. Froid. Céphalalgie. Faiblesse du cœur. Ataxie locomotrice. Paralysie agitante. Paralysie. Vertige. Névralgies.

VI. — MODE D'EMPLOI ET DOSES.

On répare une première trituration avec le sucre de lait, et de cette trituration on prépare des dilutions que l'on emploie aux atténuations moyennes et élevées.

Dr G. SIEFFERT.

SOUS-NITRATE DE BISMUTH.

I

EMPOISONNEMENTS.

I. KERNER. (*Heidelberger Klin. Annalen*, 1829, vol. V, p. 248). — Un homme de 40 ans, robuste, sanguin, porté à boire, prit par erreur, pour du pyrosis, 60 grammes de sous-nitrate de bismuth ; d'où immédiatement, vomissements, diarrhée, vomituritions et brûlure dans la gorge. Le lendemain, les mêmes symptômes continuent ; le pouls était petit, les extrémités froides, crampes dans les mains et les pieds, gorge et luette enflammées, soif, brûlure dans la gorge, difficulté de la déglutition, nez sec, goût mauvais. La nuit suivante fut tolérable, mais le lendemain matin, sécheresse de la gorge accrue, éructations, vilain goût, fièvre élevée, pesanteur dans le corps, enflures de la face et des mains, selles liquides. Il prend une émulsion opiacée et on pose des sangsues à la gorge. L'après-midi, brûlure de la peau, respiration empêchée, stupéfaction, nuage devant

les yeux. Pas une goutte d'urine n'a été rendue depuis la prise de la drogue et la vessie n'est pas distendue. Le lendemain, moins de fièvre, peau sèche, toujours anurie, ventre distendu, non douloureux, diarrhée. Chaque heure, il devient plus paralysé dans toutes les parties. Le quatrième jour, abdomen très gros, éructations et diarrhée fétides, rougeur de la figure, grande chaleur, petites selles, saignée.

Le cinquième jour, les coliques augmentent, pas encore d'urine, la vessie n'est pas douloureuse ; délire. Le sixième jour, abdomen très gros, éructations et diarrhée fétides, pouls plein et fébrile, goût intolérable dans la bouche, soif et grande brûlure dans la gorge. Le septième jour, urines pâles, abdomen encore distendu, pouls petit et faible. La mort survient le dixième jour, avec anxiété, asthme, diarrhée d'odeur cadavéreuse, insensibilité générale et délire.

Autopsie.— Cerveau pas très rempli de sang, dépôt gélatineux entre les circonvolutions, un peu de liquide dans les cavités, voile du palais, amygdales, luette, base de la langue et épiglotte dans un état de mortification, muqueuse du larynx parsemée de plaques noires. Poumons normaux, intérieur des deux ventricules du cœur, d'une couleur rouge brillant, inflammatoire. Intestins tout distendus par des gaz ; estomac et intestins enflammés avec plaques gangréneuses ; membrane muqueuse macérée, se détachant facilement. Appareil urinaire normal. Vaisseaux rachidiens gorgés de sang, surtout près de la queue de cheval.

II. Le même (dans Stillé, *Mater. medica*).— Symptômes produits par une dose de 40 grammes : oppression et constriction à l'épigastre, sensation de faiblesse, céphalée, conjonctives injectées, expression anxieuse, goût amer dans la bouche, soif, anorexie et pouls petit et tendu.

III. SOBERNHEIM (*id.*).—Un cas mortel en neuf jours après une dose semblable à celle de l'emp. I. Les symptômes furent ceux d'une gastro-entérite intense, et, en outre, enflure de la face, des mains, de la langue, de l'abdomen ; salivation ; spasme des membres ; dyspnée ; hoquets et délire.

Autopsie. — L'œsophage, l'épiglotte et le larynx furent trouvés gangréneux, l'estomac et l'intestin très enflammés et le voisinage du pylore paraissait gangréneux (1).

IV TRAILL (*Medi. Jurisprudence*, p. 115). — Un pharmacien de la campagne donna des doses de 12 drachmes (environ 45 gr.) au lieu de 1 drachme en 12 doses. Le patient prit 30 gr. le premier jour, 60 gr. le second et 30 gr. le troisième. Traill appelé auprès de lui le trouva avec des douleurs intenses de la gorge et de l'abdomen. Il avait vomi la veille au soir ; le pouls était petit, il se sentait très faible et avait une grande anxiété précordiale. Il fut plusieurs jours très souffrant, mais guérit à la fin.

V. LUSSANA (*Gaz. Med. It. Fed. Tosc.* 1852, p. 44). — Il employait le sous-nitrate de bismuth en fortes doses, surtout dans la diarrhée tuberculeuse, ne fut témoin d'aucune irritation, d'aucun arrêt de la maladie, mais de l'adjonction d'un état colliquatif et scorbutique. « Le malade prend un aspect plombé ; ses yeux deviennent enfoncés et sont entourés d'un cercle livide ; la respiration est de mauvaise

(1) Les éditeurs du *Cyclopœdia of drug pathogenesy*, ouvrage auquel nous avons emprunté nos 12 premiers cas d'empoisonnement, pensent que cette apparence gangréneuse était due à la teinte noirâtre que le bismuth prend lorsqu'il se combine avec le soufre.

odeur ; les gencives enflées, livides, suintant un sang sanieux; des hémorrhagies sont promptement excitées et il arrive quelquefois d'abondantes hémorrhagies passives. »

VI. Kocher (*Volkmann's Samml. Klin. Vortr*, n° 224. 1882). — Une jeune fille fut opérée le 21 mars, d'une résection du genou pour une inflammation fongueuse. La plaie, qui était large, fut lavée avec une solution de chlorure de zinc et bien remplie de sous-nitrate de bismuth. Le 28 mars, les urines présentaient une coloration noire, comme dans l'empoisonnement par l'acide phénique ; l'on n'y fit pas attention parce qu'il y avait une compresse d'acide phénique par-dessus le bismuth. L'acide phénique fut enlevé le 11 avril, mais l'urine continua à être brune et à laisser un sédiment noir dans le vase. Le 19 avril, il fut constaté que le sédiment était d'abord blanc et qu'il devenait noir en y séjournant. Le 22 avril, l'urine fut examinée et contenait une quantité considérable d'albumine ; sous le microscope, on trouva plusieurs cylindres épithéliaux. Le dépôt noir contenait du bismuth. Dès le 1er avril, on avait observé un liséré noir aux gencives de la mâchoire supérieure. On abandonna l'emploi du bismuth et la néphrite épithéliale ainsi que le liséré des gencives disparurent rapidement.

VII. Le même. — Une jeune fille fut opérée pour une maladie de la hanche et du bismuth en poudre introduit dans la plaie. En peu de jours, il survint un léger trouble et une coloration noirâtre des urines. Lorsque l'on chauffait les urines avec l'acide, on trouvait un nuage considérable et le microscope faisait voir quelques cylindres épithéliaux. Plusieurs autres cas de plaies pansées au bismuth offrirent aussi de l'albumine et des cylindres dans l'urine.

VIII. Le même. — On enleva à un homme de 32 ans, de grosses glandes cervicales. La large plaie fut pansée avec de la poudre de bismuth. Le malade présenta d'abord un ictère chloroformique. Le 28 mars, il se plaignait de douleurs de dent et d'un mauvais goût dans la bouche ; il existait un gonflement considérable des gencives, qui avaient un liséré bleuâtre. Le chlorate de potasse améliora la bouche, mais les accidents réapparurent plus graves. Après un nouveau pansement au bismuth, le 4 avril, il se plaint d'une violente brûlure de la bouche ; les gencives enflent de nouveau et les dents remuent. Après la guérison de la plaie, l'affection de la bouche s'améliora rapidement, mais on observa de la noirceur des dents et surtout du bord des gencives. Ces symptômes disparurent pendant un traitement d'eau minérale.

IX. Le même. — Une femme de 46 ans, opérée pour un cancer du sein, fut pansée au bismuth. Elle présenta une coloration noirâtre des gencives, rien de plus.

X. Le même. — On enleva, le 25 mars, à une demoiselle de 29 ans, de larges kéloïdes siégeant des deux côtés du cou. Les plaies furent pansées au bismuth. Elle sortit guérie le 4 avril. Elle fut ensuite atteinte de chaleur de la bouche, elle perdit quelques dents et présenta une diarrhée d'une couleur noire verdâtre, avec douleurs dans l'abdomen.

XI. Le même. — On enleva un bras, au niveau de l'épaule, le 14 mars, pour un ostéosarcome de l'humérus, la plaie fut pansée avec de la poudre de bismuth. Le 17 mars, il présente des douleurs de coliques abdominales et de la fièvre. Les urines contenaient un peu d'albumine. Le 23, il y eut

un vomissement et la diarrhée continuait. Le 28, dyspnée et signes de collapsus. Il mourut le 29.

On trouva une affection étendue des reins et du foie. Les intestins, surtout le colon, montraient de larges plaques de pigmentation noirâtres.

XII. PETERSEN (*Deutsch. med. Wochenschr.*). — Une jeune fille de 14 ans subit, le 14 juillet, une résection du genou droit. La plaie fut pansée au sous-nitrate de bismuth. Environ 14 jours après, stomatite avec salivation, coloration bleuâtre des parties enflammées et grande sensibilité. Un sédiment noir était déposé par l'urine. Le 30 juillet, le malade se plaint du manque d'appétit. Il y a un liséré bleu noirâtre sur les gencives des mâchoires inférieures et supérieures. Grande sensibilité des gencives surtout après les repas. Le 4 août, la couleur noire a augmenté. Sur la surface de la langue, la pointe et les deux bords sont plus colorés. Le 9 août, la luette, le palais, le voile du palais et la membrane muqueuse des joues sont colorés. En abandonnant le pansement au bismuth, tous les accidents d'empoisonnement disparaissent graduellement.

XIII. BENNECKE et WALTER HOFFMANN. (BENSAUDE et AGASSE LAFONT. *Bull. et mém. de la Soc. méd. des hôp. de Paris*, 28 janv. 1909). — Au début de 1906, on donna à un nourrisson de trois semaines, pour une radioscopie, 3 à 4 grammes de sous-nitrate de bismuth en suspension dans 100 grammes de petit-lait ; on croyait à une sténose du pylore. Douze heures après l'examen, l'enfant fut pris de cyanose, de collapsus, et mourut en quelques instants. Le spectre de la méthémoglobine fut trouvé dans le sang immédiatement après la mort, mais au bout de vingt-quatre

heures il avait disparu. Il n'y avait pas de lésions de l'intestin, sauf une légère tuméfaction des follicules : on y trouva des masses blanches de sous-nitrate de bismuth. L'examen chimique, mais non l'examen microscopique, permit de déceler la présence du bismuth dans le sang et dans le foie. Les auteurs admirent une intoxication par le bismuth, consécutive à sa dissolution dans l'acide lactique du petit-lait. M. Brauer se demanda si la décomposition du sel n'était pas due aux rayons X. Il est à remarquer que ni l'une ni l'autre hypothèse n'expliquait la méthémoglobinémie.

XIV. Worden, Sailer, Pancoast et Davis (*id.*). — Dans le cours de leurs examens, Worden et Sailer eurent à déplorer quatre intoxications, dont ils résument les deux plus graves.

Une jeune femme ingéra 2 *onces* (62 grammes) de sous-nitrate de bismuth à quatre heures de l'après-midi, et présenta dans la nuit et le lendemain une cyanose profonde, de la dyspnée, des nausées, une faiblesse extrême, la sensation d'une mort imminente.

De même, une autre malade, après avoir pris, à onze heures du matin, 2 à 3 *onces* (de 62 à 93 grammes) de sous-nitrate de bismuth, présentait à dix heures du soir des symptômes identiques et aussi graves. L'une et l'autre, d'ailleurs, s'améliorèrent en quelques heures, sous l'influence de stimulants.

Aux quatre cas de Sailer, Pancoast en ajoute deux autres : l'un dans lequel les mêmes accidents survinrent par ingestion buccale, avec un sel absolument pur ; l'autre par injection rectale de 2 *onces* (62 grammes) de bismuth, chez une malade qui avait été purgée d'une façon excessive, ce

qui, au dire de l'auteur, a peut-être favorisé l'absorption par la muqueuse du gros intestin.

XV. Rautenberg (*id.*). — Une jeune femme de vingt ans, soignée pour une dilatation idiopathique du côlon. On lui donne, pour un examen radiographique, un lavement de 400 centimètres cubes d'huile de sésame tenant en suspension 50 grammes de sous-nitrate de bismuth. Elle présente, dans la nuit qui suit, de l'excitation avec nausées, grande sensation de faiblesse et cyanose. Le lendemain elle est dans le coma, avec cyanose, pupilles dilatées, hypothermie, pouls imperceptible et incomptable, respiration profonde avec pauses prolongées, sang noir avec spectre de la méthémoglobine. La malade traitée par une saignée, du sérum, de l'huile camphrée, revient peu à peu à elle. Elle est encore légèrement cyanosée le lendemain, et guérie trois jours après. L'auteur, il est vrai, publie et interprète son cas comme une intoxication par l'huile de sésame. Mais la ressemblance est trop frappante avec les cas que nous résumons ici pour qu'il ne soit pas au moins permis de se demander, comme le fait Böhme, s'il ne s'agit pas en réalité d'accidents dus au sous-nitrate de bismuth.

XVI. Bohme. (*id.*) — Un enfant de un an et demi reçoit sans inconvénient quelques grammes de sous-nitrate de bismuth dans l'estomac pour une radioscopie. Mais on lui injecte ensuite dans le rectum, pour un deuxième examen, quelques grammes de sous-nitrate de bismuth en suspension dans 300 grammes de liquide : trois heures après, il est pris de diarrhée, de cyanose, de dyspnée et meurt en trente minutes.

L'autopsie montre une méthémoglobinémie très marquée et la présence dans le gros intestin d'une grande quantité

de bismuth, en partie transformé en sulfure noir, en partie non altéré.

XVII. Erich Meyer (*id.*).—Un jeune homme de vingt ans souffrait depuis plusieurs années de douleurs abdominales, avec vomissements, météorisme, bruits de glou-glou et melæna. L'examen montra des signes de tuberculose pulmonaire, la diminution de l'acide chlorhydrique du suc gastrique, la présence dans les urines d'une petite quantité d'albumine avec beaucoup d'indican. La palpation brusque de l'abdomen provoquait du clapotage, avec péristaltisme intestinal et borborygmes. On lui donne 50 grammes de sous-nitrate de bismuth pour un examen radioscopique que l'on pratique aussitôt et qui permet de voir une anse intestinale fortement dilatée. Mais trois heures plus tard, l'examen étant terminé, survient brusquement du collapsus, avec pâleur et cyanose des plus accentuées. Les pupilles sont élargies et ne réagissent pas ; les sueurs abondantes ; le pouls à 140 ; la respiration d'abord accélérée puis ralentie. Malgré des inhalations d'oxygène, une saignée, des injections de sérum, de caféine et d'huile camphrée, le malade ne reprend pas connaissance et meurt au bout de quelques heures. A l'autopsie on trouva de la tuberculose pulmonaire. Il y avait aussi de la tuberculose ulcéreuse de l'intestin grêle avec cicatrices circulaires, sténose et dilatation énorme de sa partie moyenne. L'anse intestinale comprise entre deux sténoses contenait une grande quantité de bismuth et beaucoup de nitrites. On trouvait des traces de nitrites dans le sang et dans l'urine. Le sang de la saignée, comme celui du cadavre, était de couleur rouge-brun et donnait le spectre de la méthémoglobine.

XVII. Kaestle (*id.*). — Chez trois malades, dit-il, j'ai

vu des accidents graves survenir quelques heures après l'ingestion de sous-nitrate de bismuth. Il s'agissait de deux femme et d'un homme, tous les trois en assez mauvais état et amaigris, ayant subi de trois à dix mois auparavant la gastro-entérostomie pour ulcus avec hyperacidité. Chacun d'eux avait pris 50 grammes de ce sel dans un potage de 400 grammes. Deux à trois heures plus tard, ils ressentirent une légère pesanteur d'estomac avec état nauséeux et grande lassitude. Puis ils furent pendant quelques heures dans un état syncopal, — sans perte de connaissance, — avec pouls petit, sueurs et cyanose. Dans les trois cas, les troubles disparurent vite, une fois spontanément, deux fois après l'administration de stimulants.

XIX. Josef Nowak et Carl Gutig (*id.*). — Un homme de quarante-quatre ans avait subi, de 1905 à 1907, trois laparotomies : la première fois on fit, pour une dilatation de l'estomac avec ptose, une gastro-entérostomie rétrocolique postérieure ; la deuxième, on libéra des adhérences qui gênaient le cours des matières ; dans la troisième, les douleurs et l'obstruction intestinale persistant toujours, on fit une anastomose entre l'anse sigmoïde et la partie inférieure de l'iléon. Quelques mois plus tard, en présence de la reproduction des mêmes symptômes, on décida de faire un examen radioscopique pour vérifier le fonctionnement de l'anastomose intestinale. A 5 heures du soir, le malade prit un lavement de 2 litres, contenant en suspension 4 cuillerées à bouche de sous-nitrate de bismuth. A l'écran, on vit nettement le bismuth dans l'anse sigmoïde, le cæcum et l'iléon. Immédiatement après l'examen, le malade eut une selle, et on lui fit un lavage intestinal. Malgré cette précaution, il eut dans la nuit de l'agitation et de la

diarrhée. Le matin, il fut pris de frissons avec hyperthermie, cyanose et coma. Le pouls était à 96, la respiration stertoreuse, sans dyspnée. Le sang d'une saignée, pratiquée à 5 heures du matin, était de couleur chocolat et d'aspect nettement méthémoglobinémique. Il mourait à 11 heures 1/2.

(*A suivre.*) Dr Marc Jousset.

CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-JACQUES

Pleurésie. Forme commune. Guérison par Cantharis.

Nous avons souvent eu occasion de publier dans notre journal des observations de guérison par *Cantharis*, de pleurésies de forme commune; et toutes les fois qu'on en a tenu compte on a pu constater que la guérison coïncidait avec une diurèse abondante.

Nous n'avons pas la prétention d'avoir inventé la cantharide dans le traitement de la pleurésie, mais si déjà quelques médecins avaient prescrit ce médicament; si même un médecin de l'Ecole allopathique, de l'Ecole de Lyon, avait employé la teinture de cantharide à la dose de plusieurs gouttes par jour dans le traitement de la pleurésie; il est incontestable que c'est l'Ecole française et en particulier l'*Art médical* qui a vulgarisé ce mode de traitement. Dans nos livres classiques nous conseillons l'emploi de cantharides aussitôt que le mouvement fébrile et le point de côté ont cédé à l'action de l'*Aconit* et de *Bryone*.

Cantharis à la 3e dilution sera donc prescrit vers la fin du premier septénaire, quand l'épanchement est déjà formé : on devra insister sur ce médicament et si la 3e paraît sans effet, prescrire la 1re et même quelques gouttes de teinture-mère. Ajoutons que dans une très nombreuse pratique, la 3e dilution nous a presque toujours suffi.

Je rappellerai que presque tous nos malades présentaient de l'oligurie et n'évacuaient guère que 5 ou 600 gr. d'urine en vingt-quatre heures. Sous l'influence de cantharide, les urines augmentent considérablement et c'est là un des premiers effets du médicament. •

Voici, maintenant, l'histoire d'une jeune malade qui est entrée dans les salles de l'Hôpital Saint-Jacques au mois de janvier dernier.

HOPITAL SAINT-JACQUES. GRANDE SALLE DES FEMMES.
N° 11. — *Entrée le* 12 *janvier* 1909.

Malade âgée de 19 *ans*. — Mère bien portante; père mort à 52 ans (elle ignore de quoi), 3 frères bien portants dont un est devenu aveugle à l'âge de 15 ans; 2 sœurs également bien portantes.

A perdu des frères et sœurs en bas âge, qu'elle n'a pas connus.

A 9 ans, elle a eu, dit-elle, la danse de Saint-Guy, qui lui a duré huit ou neuf mois, — n'a pas eu d'autres maladies.

Elle n'a jamais été bien réglée: règles irrégulières avec tendance au retard.

Depuis huit jours, c'est-à-dire depuis le 4 janvier, elle ne se sentait pas bien et entre à l'hôpital le 12 janvier, présentant l'aspect suivant :

Dyspnée,

Toux sèche, peu fréquente.

Température axillaire : 37°7,

Urines peu abondantes (400 gr par 24 h.), (l'examen chimique n'en a pas été pratiqué).

A l'examen physique: Immobilité relative de la paroi et légère voussure du côté droit en arrière.

A la palpation : Les vibrations vocales sont abolies dans les deux tiers inférieurs du poumon.

A la percussion : matité sur la hauteur des deux tiers et demi inférieurs du poumon droit en arrière. Sous la clavicule, retentissement skodique, le cœur n'est pas déplacé; le foie est légèrement abaissé.

A l'auscultation, le murmure vésiculaire est aboli de bas en haut et reparaît très amoindri au tiers supérieur du poumon, au sommet respiration forte; à la limite supérieure de la zone de matité. souffle léger et lointain.

Ces symptômes sont caractéristiques d'une pleurésie séreuse droite de quantité moyenne; on prescrit: *Cantharis* (6e). Régime lacté, quatre jours après, le 16 janvier, la malade se trouve mieux et urine 1.200 gr. par vingt-quatre heures. Le 20 janvier, les vibrations commencent à être perceptibles vers la limite supérieure de l'épanchement, qui a diminué de volume, la respiration s'entend aux 2/3 supérieurs. A partir de ce jour il est prescrit *Hepar. Sulf.* (6e).

Actuellement, le 25 janvier, tous les symptômes se sont amendés. Les urines continuent à être abondantes (2.000 grammes en moyenne par vingt-quatre heures).

Les vibrations sont revenues, atténuées seulement vers la base.

La matité est encore existante à la base et décèle une petite quantité de liquide.

On entend la respiration sur toute la hauteur du poumon, mais très amoindrie en bas.

Dans l'aisselle, on entend des frottements légers.

Rien de suspect aux deux sommets. La convalescence a marché rapidement et la malade est rentrée chez elle absolument rétablie.

Sous l'influence de *Cantharis*, la résolution de cette pleurésie a été très rapide puisque, au bout de huit jours, le liquide avait presque complètement disparu et, qu'en somme, la guérison complète fut constatée après deux semaines de traitement. Il faut remarquer qu'ici comme dans tous les cas traités de même manière, la diurèse est devenue considérable sous l'influence de *Cantharis*.

Nous avons prescrit *Hepar. Sulf.* dans la convalescence de cette pleurésie parce qu'une très longue expérience clinique nous a enseigné que sous l'influence de ce médicament, le rétablissement était plus rapide et que la pleurésie se résolvait complètement.

Dr P. Jousset.

BACTERIOLOGIE

Tuberculose humaine, bovine, aviaire.

Depuis plusieurs années on agite en bactériologie la question de savoir si le bacille de la tuberculose humaine, bovine et aviaire constitue trois espèces différentes de bacille ou trois variétés d'une même espèce. On s'est beau-

coup agité sur cette question, les uns étant unicistes, les autres dualistes. On a multiplié les expériences et discuté le pour et le contre dans les journaux et le congrès.

Cette discussion, qui a un certain intérêt au point de vue de l'histoire naturelle, est de nulle importance au point de vue de l'Etiologie et de la Prophylaxie de la tuberculose.

Qu'importe aux cliniciens que la tuberculose humaine, bovine et aviaire constitue une espèce microbienne ayant trois variétés, ou trois espèces distinctes. Ce qui leur importe, ce à quoi ils tiennent et ce qui est établi par les faits et les observations, c'est que l'action pathogène des trois bacilles est absolument différente.

Strauss a démontré par des expériences irréfutables que la tuberculose humaine ne se communiquait point aux gallinacés, et que la tuberculose des gallinacés était stérile pour les mammifères.

Tout récemment Koch a démontré que la tuberculose humaine déterminait au plus quelques lésions locales dans l'espèce bovine. Ces résultats ont été confirmés par l'Association des médecins suédois. Calmettes tout dernièrement a fait voir, par des expérimentations très précices, que la tuberculose humaine était inoffensive pour la chèvre, tandis que la tuberculose bovine était extrêmement virulente pour ce même animal.

Les partisans de l'unité du bacille tuberculeux ne pouvant nier le résultat des expérimentations ci-dessus ont tenté de les expliquer, et pour cela ils ont imaginé la *théorie de l'adaptation.*

Voici cette théorie : le bacille de Koch est toujours identique à lui-même, mais quand il se développe et se propage dans une même espèce animale, il s'adapte à cette

espèce, et le résultat de ces adaptations est son extrême virulence pour les individus de l'espèce où il habite et son absence d'action pathogène pour les individus d'une autre espèce. C'est pour cette raison que le bacille de Koch, quand il existe dans l'espèce aviaire depuis plusieurs générations, n'est virulent que pour les individus de cette espèce. Il en est de même pour les bacilles qui vivent dans l'espèce bovine et dans l'espèce humaine.

Les partisans de l'unité du microbe ont démontré la vérité de la théorie de la manière suivante : Si on prend un bacille aviaire qui, comme nous l'avons dit, n'est pas inoculable aux mammifères, qu'on cultive ce bacille sur milieu artificiel et qu'on le propage pendant un certain nombre de générations, l'adaptation aviaire (si on peut ainsi dire) de ce bacille disparaît au moins en partie, et il devient inoculable aux cobayes.

Nocard a transformé le bacille humain en bacille aviaire par une série successive de cultures en sac de collodion dans le péritoine de la poule.

Nous trouvons que ce sont là des discussions byzantines dans ce sens qu'il n'est pas question de savoir si, par des artifices de culture, il est possible de modifier les propriétés pathogènes d'un bacille, mais uniquement d'établir d'une manière claire, nette et irréfutable que les bacilles tuberculeux de l'homme, du bœuf et de l'oiseau dans l'état où la nature nous les présente, ont des propriétés pathogènes absolument différentes. Cette conclusion est essentiellement pratique puisqu'en étiologie elle a pour conséquence l'absence de transmission de la tuberculose chez l'homme par le lait des bovidés ou par la chair et les œufs des oiseaux ; et c'est ce que démontre la méthode expérimentale.

Pour notre démonstration, nous mettrons à profit les

belles expériences de M. Calmette, rapportées dans les *Annales de l'Institut Pasteur* pour l'année 1905. De ces expériences, on peut conclure que la tuberculose bovine est extrêmement pathogène pour les mammifères et même pour la chèvre, animal qui présente une certaine immunité vis-à-vis du bacille tuberculeux. La tuberculose humaine et la tuberculose aviaire ne sont point pathogènes pour les mammifères; dans ces expériences, le produit tuberculeux a toujours été introduit par les voies digestives, soit pour les jeunes par l'allaitement d'animaux dont les glandes mammaires avaient été rendues tuberculeuses et dont le lait contenait beaucoup de bacilles, soit par l'ingestion de triturations de lésions tuberculeuses introduites par la sonde jusque dans le rumen des animaux qui ont servi aux expériences.

Dans toutes ces expériences, la tuberculose a été introduite par la voie gastrique, et la tuberculose bovine seule a été trouvée pathogène. La tuberculose humaine n'a produit chez les bovidés que des lésions locales et la tuberculose aviaire ne s'est pas montrée pathogène.

D'où nous conclurons que s'il est difficile d'établir que les trois bacilles humain, bovin et aviaire constituent trois espèces distinctes ou trois variétés d'une même espèce, il ressort des expériences apportées ci-dessus que ces bacilles inoculés dans leur état naturel ont des propriétés pathogènes absolument différentes, que chacune d'elles est pathogène pour l'espèce animale à laquelle elle appartient et stérile pour les autres; que si certains expérimentateurs ont rendu ces trois bacilles différents pathogènes pour des espèces jusque-là douées d'immunité vis-à-vis de ces bacilles, ces résultats ont été obtenus à l'aide d'artifices qui ne se rencontrent point dans la nature; que par consé-

quent elle n'infirme en aucune façon ces conclusions pratiques que l'homme, les mammifères et les oiseaux ne sont accessibles qu'à leur bacille particulier, que par conséquent l'homme peut se nourrir impunément du lait et de la chair des bovidés et des oiseaux tuberculeux, problème éminemment pratique et que nous croyons avoir démontré.

Dr P. Jousset.

HYGIENE

Une station d'altitude dans les Alpes françaises.

Sous ce titre, le Dr Clément Petit décrit la station de Saint-Gervais, qui offre aux malades une source richement minéralisée (sels alcalino-terreux), et pour les cures d'air un plateau à une altitude moyenne de 800 mètres.

Comme les stations de montagne, Saint-Gervais jouit d'une atmosphère extrêmement pure et douée de ces propriétés vivifiantes qui augmentent à un point extraordinaire les forces musculaires, l'appétit et les forces digestives; en sorte que, l'habitant des plaines, transporté dans ces altitudes, se trouve plus léger et plus fort, exécute facilement des ascensions et des marches, qui étaient absolument au-dessus de ses forces avant son arrivée dans la montagne. En même temps, un appétit impérieux, qui fait augmenter son régime alimentaire; une digestion facile amène ou produit une nutrition plus complète, qui se caractérise à la fois par l'augmentation du poids; la coloration des téguments; des mouvements plus faciles et une respiration plus complète.

D'où il faut conclure que Saint-Gervais convient à cette grande classe d'anémiés: convalescents, chlorotiques et surtout neurasthéniques; mais les malades et les convalescents, ne trouvent pas à Saint-Gervais seulement un climat de choix; ils y rencontrent des hôtels, des villas, des sanatoriums pour les nerveux; des installations en un mot, comportant tout le confort et le luxe désirables.

Nous ne devons pas négliger de signaler encore l'existence d'une source thermale, 41°; source chlorurée sodique bienfaisante pour les arthritiques, les neurasthéniques et les affections de la peau. Enfin, ils trouvent encore à Saint-Gervais un médecin très expérimenté sur la thérapeutique des affections arthritiques et nerveuses; le Dr Clément Petit, végétarien convaincu, mais d'un végétarianisme mixte, qui joint à l'usage des légumes, celui des œufs et du lait,

Nous devons avouer que les résultats produits par ce régime ont fort ébranlé nos convictions sur l'utilité de la viande et que, dans notre âge avancé, nous sommes devenu un végétarien encore incomplet, mais si peu.

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIETES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Anévrisme de l'aorte. — (M. Boinet, *séance du* 30 *mars*.)

M. Boinet communique à l'Académie deux longues observations d'anévrisme de la crosse de l'aorte destinées à montrer la valeur des signes cliniques décrits déjà par cet

auteur : la compression de la veine cave supérieure, de la trachée et des bronches, la compression de l'azygos étant les causes de ces signes. Voici, du reste, les conclusions de M. Boinet :

Les anévrismes de l'aorte ascendante peuvent faire dans le péricarde une saillie parfois considérable, s'interposer entre la paroi thoracique et le cœur, comprimer ses cavités et orifices, le refouler en bas, à gauche et en arrière de façon à simuler cliniquement une hypertrophie de cet organe. Les anévrismes intra-péricardiques peuvent donner lieu au syndrome asystolique comme dans deux cas précédemment communiqués à l'Académie, mais encore entraîner aussi les lésions du foie et du rein cardiaques, ainsi que l'a démontré l'autopsie du sujet qui fait l'objet de l'observation I. Enfin, la compression de divers orifices cardiaques par cette variété d'anévrisme est susceptible de fournir les signes et les symptômes d'une affection orificielle du cœur.

Enfin, l'anévrisme de la partie supérieure de l'aorte ascendante, de la crosse de l'aorte présente encore comme signes cliniques intéressants : 1° la régurgitation rétrograde du sang dans la jugulaire externe qui indique la compression de la veine cave supérieure; 2° l'épanchement pleurétique droit tenant à la compression de la veine azygos; 3° l'inféro-traction avec latéro-torsion gauche du larynx dépendant des déplacements exercés sur la trachée par la face postérieure de l'anévrisme.

CANCER DU STERNUM ET ANÉVRISMES DE L'AORTE.

Autre communication de M. BOINET sur les difficultés parfois insurmontables du diagnostic entre ces deux lé-

sions. Une longue étude clinique avec observations détaillées amène l'auteur aux conclusions suivantes :

Le cancer pulsatile, l'épithélioma télangiectasique secondaire du sternum, peut donc simuler l'anévrisme extrathoracique de la crosse de l'aorte. Les principaux éléments du diagnostic différentiel sont :

1° *L'âge.* — Le cancer a été généralement observé vers 55 ans, c'est-à-dire à un âge plus avancé que l'anévrisme;

2° *L'absence de maladies infectieuses antérieures*, de la *syphilis* en particulier qui existe habituellement dans les antécédents des malades atteints d'anévrisme de la crosse de l'aorte ;

3° *L'absence* des troubles cardio-aortiques, d'*aortite préanévrismatique ;*

4° Du côté de la *tumeur cancéreuse*, on constate comme signes spéciaux :

a) *La fréquence et l'étendue des dilatations variqueuses des veines sous-cutanées* qui sont plus rares et moins développées dans l'anévrisme ;

b) La *forme plus étalée, plus médiane, plus hémisphérique* ou conique, moins ovoïde du cancer osseux, dont la *saillie* est plus prononcée soit à la *partie moyenne du sternum*, soit au niveau de la *fourchette sternale*, tandis que l'anévrisme aortique pointe de préférence à droite, à la partie interne du deuxième espace intercostal ;

c) A la *palpation* du cancer pulsatile du sternum, le battement d'ampliation est violent, intense, brusque, net, sec; mais il ne s'accompagne pas du grand mouvement d'expansion en masse spécial à la poche anévrismale et il n'est pas suivi du mouvement de retrait particulier à l'anévrisme. Quand l'anévrisme de la crosse fait saillie à l'extérieur, non seulement, il y a souvent deux bruits, mais il existe une

double impulsion appréciable au toucher. Dans les affections cancéreuses, le second bruit n'existe pas, et l'étendue de la matité manque de proportion avec la force des battements (Stokes);

d) A la *percussion*, on trouve que la matité de la tumeur cancéreuse est plus étalée, plus large, plus superficielle, mieux adaptée en quelque sorte à un vrai cancer pulsatile du sternum;

e) Dans le cancer osseux pulsatile, l'*auscultation* révèle un souffle systolique, intense, localisé à la tumeur, ne se propageant ni dans l'aorte, ni dans les carotides, et on ne perçoit, comme dans l'anévrisme, ni souffle au second temps, ni claquements; de plus, dans le cancer, les phénomènes de compression intra-médiastinale sont exceptionnels et ne présentent ni la fréquence, ni la variabilité observées dans l'anévrisme aortique;

f) Enfin, la production de noyaux cancéreux multiples, osseux, viscéraux, cérébraux ou médullaires, les progrès de la cachexie, la rareté des complications pleuro-pulmonaires si fréquentes dans l'anévrisme compléteront les éléments de diagnostic.

D[r] P. JOUSSET.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

I

NOUVELLES OBSERVATIONS DE MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE. EFFICACITÉ DU SÉRUM ANTIMÉNINGOCOCCIQUE. IMPORTANCE DE SON MODE D'EMPLOI : INJECTIONS RÉPÉTÉES PLUSIEURS JOURS DE SUITE.

(*Séance du* 5 *mars*). — De cette nouvelle communication

de MM. NETTER et DEBRÉ nous retiendrons plusieurs enseignements.

L'enquête faite par M. Netter, au sujet des petits malades qu'il a soignés dans son service, a bien montré la nature contagieuse et épidémique de la méningite cérébro-spinale; une des petites malades, qu'il a soignée dans son service, avait joué avec un autre enfant déjà soigné par lui pour la même maladie ; un autre fréquentait une école dont provenaient deux autres petits malades soignés également à l'hôpital Trousseau ; M. Netter a eu connaissance de quatre autres cas de méningite, terminés par la mort, deux chez des enfants de la même école, deux autres chez des enfants du même quartier. Voici donc dix cas de méningite cérébro-spinale dans le même foyer, dont neuf en moins d'un mois.

Au point de vue thérapeutique, M. Netter publie un tableau de dix cas, traités par le sérum antiméningococcique avec trois morts seulement (mortalité brute de 30 0/0).

Il y a lieu d'éliminer un cas survenu chez un enfant amené moribond à l'hôpital et mort le jour de son entrée (mortalité de 22,2 0/0).

Les deux autres décès se rapportent à deux cas où il existait un état antérieur très grave : chez un des enfants, mastoïdite avec phlébite de la veine ophtalmique ; chez l'autre, broncho-pneumonie chez un nourrisson débile.

Les sept autres petits malades ont guéri complètement sans aucune de ces séquelles qui assombrissent trop souvent le pronostic alors même que la vie est conservée.

Chez cinq d'entre eux la guérison a été rapide (de 3 à 11 jours après le début du traitement). M. Netter attribue ce bon résultat à la répétition journalière des injections de sérum antiméningococcique, trois à six injections consécutives, de 30 centimètres cubes, puis de 15.

II

Tétanos mortel, malgré le traitement sérothérapique et les injections de sulfate de magnésie.

MM. Ch. Lenormant et Josset-Moure lisent l'observation d'une femme entrée à l'Hôtel-Dieu avec un vieil ulcère de jambe, qui en fait une véritable infirme ; cette femme est dans un état de saleté repoussante. Après douze jours de pansements à l'eau oxygénée et à l'alcool, dans le but de désinfecter l'ulcère, on pratique l'amputation de la cuisse au tiers inférieur. Tout se passe bien et la malade se trouvait dans un état satisfaisant, lorsque quatre jours après l'opération, apparaît du trismus, avec quelques contractures des muscles de la face et du nystagmus. Il n'existe aucune contracture des membres. (Deux injections sous-cutanées de sérum antitétanique, 30 centimètres cubes en tout et 10 grammes de chloral en lavement.)

Les jours suivants, température normale, il n'existe que du trismus et au bout de trois jours, un peu de contracture des muscles du pharynx rendant la déglutition à peu près impossible.

Le huitième jour injection sous-cutanée de 5 centimètres cubes de la solution à 25 0/0 de sulfate de magnésie ; tout en continuant le sérum antitétanique et le chloral.

Le douzième jour après l'apparition du trismus, la malade paraît dans un état inquiétant : faiblesse, cyanose légère, respiration rapide et gênée. Injection intra-rachidienne de 2 centimètres cubes de la solution de sulfate de magnésie, après avoir laissé écouler 3 à 4 centim. cubes de liquide céphalo-rachidien, qui fut reconnu normal ; trois heures après, la malade meurt subitement, sans cri, sans convulsion.

Dans les considérations qui suivent son observation, M. Lenormant fait remarquer combien ce tétanos paraissait léger ; il ne pense pas que la ponction lombaire, suivie de l'injection de la solution de sulfate de magnésie, ait pu causer la mort. Il regrette de n'avoir pas injecté le sérum antitétanique dans le canal rachidien et au niveau du tronc du sciatique, mais le cas lui avait paru bénin.

M. Louis Martin trouve la dose de sérum employée insuffisante. Pour avoir quelques chances de guérison par l'injection sous-cutanée, il faut des doses journalières de 80 à 100 centim. cubes pendant huit jours.

M. Apert fait remarquer que pour faire des injections de sérum au niveau du nerf sciatique, il aurait suffit de faire une injection par voie épidurale dans le canal sacré ; c'est une intervention facile et le sérum ainsi introduit forme une sorte de bain antitoxique aux branches nerveuses qui vont constituer le nerf sciatique.

III

Fièvre de Malte avec contrôle bactériologique.

MM. Sicard et Lucas rapportent l'observation d'un homme de quarante-six ans, pris quelques jours après son retour d'Espagne, où il avait séjourné quinze jours à Malaga, d'un mouvement fébrile à grandes oscillations, s'accompagnant de céphalée, de prostration, de diarrhée, de splénomégalie. Le médecin qui le soignait cru d'abord à une fièvre typhoïde, le séro-diagnostic, fait par un pharmacien, ayant été positif.

L'état persistant, et le séro-diagnostic étant nettement

négatif, on pensait à une tuberculose intestinale ou une localisation infectieuse hépatique. M. Chauffard conseilla, à cause de douleurs sacro-iliaques, qui venaient de se manifester, de pratiquer le séro-diagnostic avec le micrococcus melitensis.

Le séro-diagnostic était positif, il s'agissait bien d'une fièvre de Malte, bien que cette maladie, d'après les renseignements, soit inconnue à Malaga et que le malade n'ait pas été en contact avec des chèvres, comme pour le malade de M. Danlos.

L'hémoculture du sang de la veine du bras montra la présence du micrococcus.

Cette maladie durait depuis plus de deux mois, sans amélioration, lorsque l'on pratiqua une injection intra-veineuse de 8 centigr. de collargol ; est-ce l'effet de ce médicament ou la marche naturelle de cette affection, mais le lendemain le thermomètre tombait à 36 degrés, pour remonter à 38°, osciller autour de ce chiffre pendant une quinzaine et tomber définitivement.

La guérison s'est bien maintenue.

Voici donc une observation de fièvre méditerranéenne évoluant avec des caractères nets de longues ondulations et oscillations thermiques (*durant plus de trois mois*), mais anormale par ses autres signes : diarrhée profuse et continue, absence de localisation testiculaire, de sueurs et de douleurs articulaires. (La douleur sacro-iliaque avait été fugace et transitoire.) Il faut souligner en terminant l'intérêt capital des recherches bactériologiques et du séro-diagnostic du « melitensis ». Sans ce contrôle, il eût été impossible d'affirmer le diagnostic clinique.

IV

Cancer du pancréas, terminaison d'un ancien diabète.

MM. Gilbert et Carnot rappellent que la coexistence du diabète et d'un cancer pancréatique se rencontre quelquefois. Le plus souvent il s'agit d'un diabète causé par un cancer du pancréas ; parfois cependant, comme dans le cas présent, le cancer vient terminer le diabète.

Il s'agissait d'une femme de cinquante-neuf ans, atteinte, depuis neuf ans, d'un diabète à allure bénigne ; la quantité du sucre n'était pas très abondante, la malade n'avait pas maigri et continuait à travailler, lorsque l'état se modifia en février 1908 : diarrhée tenace, décolorée, présentant, au dire de la malade, des blocs de graisse ; en avril, apparition de l'ictère ; amaigrissement rapide.

L'autopsie vint démontrer l'existence d'un cancer de la tête du pancréas : ce cancer à évolution assez rapide a terminé le diabète ancien : on constata anatomiquement que sur des anciennes lésions de scléro-lipomatose kystique du pancréas s'étaient développées, d'une part une prolifération adéno-kystique bénigne, et, d'autre part, une prolifération néoplasique, ayant débuté par la tête du pancréas et s'étant essaimée dans le foie.

Il est à remarquer que le diabète qui avait une origine pancréatique n'avait pas le symptomatologie du diabète maigre, à forme rapide; l'altération considérable du pancréas, montrant une déchéance glandulaire presque complète, prouve bien l'origine pancréatique de ce diabète.

M. Chauffard a eu l'occasion d'observer un malade d'une soixantaine d'année atteint depuis dix ans environ d'un

diabète gras, non compliqué, chez lequel était survenu, depuis deux mois, un ictère chronique et progressif, avec amaigrissement extrême. M. Chauffard a diagnostiqué, comme dans le cas précédent, un cancer de la tête du pancréas chez un ancien diabétique.

V

Abcès amygdalien et diphtérie ; fenêtration d'un pilier du voile du palais.

(*Séance du 12 mars*). — M. Griffon présente un malade qui a été atteint, au mois d'août 1908, d'une affection complexe de la gorge. Ce malade a eu en même temps un abcès de l'amygdale droite, qui s'est ouvert spontanément au niveau du pilier antérieur et une diphtérie, intéressant l'amygdale droite, l'amygdale gauche, la luette et une partie du voile du palais. Les cultures ont montré la présence de streptocoques et de bacilles de Lœfler. Les deux affections ont évolué simultanément; le malade a eu ensuite des paralysies post-diphtéritiques (voile du palais, troubles oculaires, paralysie des quatre membres).

Tout est guéri aujourd'hui, mais, ce qui est particulièrement intéressant, c'est qu'il persiste, en plein pilier antérier droit du voile du palais, une perte de substance ovalaire, circonscrite par un bord fibreux, cicatriciel, ayant tout à fait l'aspect d'une ulcération syphilitique ; cette perte de substance est le point d'évacuation de l'abcès amygdalien.

VI

Bronchoscopie supérieure et inférieure pour l'extraction des corps étrangers bronchiques.

M. Guisez lit trois observations de corps étrangers des

bronches qu'il a pu extraire au moyen de la bronchoscopie supérieure, c'est-à-dire en introduisant le tube à travers la glotte. Il profite de ces diverses observations pour discuter l'opportunité de la bronchoscopie supérieure et de l'inférieure et il conclut que la bronchoscopie supérieure présenté de plus sérieux avantages et que c'est elle que l'on doit choisir, à moins d'avoir affaire à un corps étranger volumineux pouvant amener l'asphyxie, ou un corps étranger irrégulier présentant des aspérités pouvant l'arrêter à la glotte.

VII

L'ULTRA-MICROSCOPE ET SON ROLE ESSENTIEL DANS LE DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIS.

(*Séance du* 19 *mars*). — MM. GASTOU et COMANDON font une communication montrant l'importance de l'ultra-microscope pour les recherches du microbe de la syphilis.

L'ultra-microscope est basé sur les principes de l'éclairage latéral de la préparation. La lumière réfléchie par des miroirs ou réfractée par des prismes traverse très obliquement la couche liquide située entre la lame et la lamelle ; elle ne peut pénétrer directement dans le microscope, mais les particules se trouvant en suspension dans la préparation vivement éclairées, deviennent lumineuses par elles-mêmes, comme les grains de poussière dans le rayon de soleil traversant une chambre obscure, ou les planètes la nuit. Dans l'ultra-microscope, on cherche un maximum d'éclairage mais avec des rayons réfléchis, de façon à ce que, sur un fond obscur, les particules seules baignées par la lumière latérale apparaissent très brillantes sur le fond noir.

On reconnaît le spirochète pâle, grâce aux mouvements particuliers qu'il fait dans la sérosité où il est recherché ;

ce microbe est plus fin, ses spires sont plus serrées, ses mouvements sont rapides dans cette sérosité ; si on ajoute de l'eau, il semble gonflé, plus brillant, ses spires sont moins serrées, les extrémités sont déroulées et effilées.

La recherche à l'ultra-microscope permet de déceler le microbe de la syphilis dans les lésions soupçonnées chancreuses, dans les secondaires (plaques muqueuses hypertrophiques). On peut le rencontrer dans le sang et l'urine des hérédo-syphilitiques.

VIII

Traitement de la syphilis par des injections intra-veineuses d'émétique.

L'action de l'émétique sur diverses spirilloses, son action favorable contre les trypanosomiases humaines pouvaient faire essayer ce mode de traitement contre la syphilis.

MM. Queyrat et Demanche ont traité quatre malades au moyen d'injections intra-veineuses de 5 à 10 centigrammes d'émétique (solution d'émétique au millième).

Leurs résultats sont peu encourageants, car un de leurs malades, treize jours après avoir absorbé 1 gr. 29 d'émétique (en douze injections), a présenté des phénomènes méningés qui, par leur symptomatologie, par le résultat de la ponction lombaire, par leur disparition rapide sous l'influence du traitement mercuriel et ioduré, se dénoncent comme phénomènes méningés d'origine syphilitique.

IX

Traitement de l'albuminurie orthostatique

(*Séance du 26 mars*). — M. Dufour fait connaître que de-

puis plusieurs années, il a recours au port d'une ceinture abdominale dans l'albuminurie orthostatique, et que, dernièrement, il vient de faire disparaître par ce moyen une albuminurie orthostatique chez une jeune fille de vingt-deux ans. Seulement pour arriver à un résultat favorable, il faut être sûr de bien immobiliser le rein; comme on obtient cette immobilité par l'intermédiaire de la masse intestinale, il faut, chez les enfants et les sujets à paroi abdominale peu développée, rembourrer intérieurement la ceinture pour qu'elle soit vraiment utile.

X

Les injections intra-veineuses de strophantine dans le traitement de l'insuffisance cardiaque.

Frankel a donné au Congrès de médecine interne (Munich, 1906), les résultats de ses recherches sur les injections intra-veineuses de strophantine. Des travaux faits depuis, en dehors de France, ont montré que cette nouvelle médication, d'une application assez difficile, est singulièrement puissante et efficace dans nombre de cas cliniques où nos ressources thérapeutiques se sont montrées jusqu'ici insuffisantes.

MM. Vaquez et Leconte lisent deux observations où l'insuffisance cardiaque, rebelle à toutes les médications usuelles et arrivée à son dernier stade, a été enrayée définitivement dans un cas et prodigieusement suspendue dans l'autre, par la pratique des injections intra-veineuses de strophantine.

Le premier malade était atteint de myocardite chronique de nature mal déterminée (éthylisme, saturnisme ?), ayant présenté durant six mois des phénomènes d'insuffisance

myocardique : hyposystolie presque permanente avec crises d'asystolie franche, intermittentes, dilatation du cœur droit (insuffisance tricuspidienne) et du cœur gauche (insuffisance mitrale fonctionnelle), gros foie, hypotension (13-14), infractus pulmonaire à deux reprises, enfin œdèmes et urines peu abondantes, avec de temps à autre des poussées de diurèse éphémères — si caractéristique de myocardites — en rapport avec l'emploi d'un tonicardiaque où d'un diurétique quelconque (digitale, théobromine), l'action de ces médicaments étant essentiellement variable et capricieuse, positive un jour, nulle quelque temps après.

Sous l'influence de la strophantine, les troubles fonctionnels disparaissent, le cœur revient sur lui-même, et cette rétraction se traduit d'une part par la diminution progressive de l'aire des tracés de percussion ou d'orthodiagraphie, le foie redevient sensiblement normal, le pouls se ralentit, la tension artérielle s'élève à 17-18, enfin les urines augmentent considérablement de quantité, cette diurèse s'accompagnant d'une décharge remarquable de chlorures, et par suite de la disparition des œdèmes et de la diminution du poids.

L'amélioration, d'abord passagère après les trois premières séries de strophantine (0,002 mgr. puis 0,001 1/2, puis 0,003), est devenue permanente après la dernière série de six injections (0.006), et la chlorurie expérimentale ne l'a en rien modifiée.

Le second malade, plus récemment traité, paraît devoir éprouver une amélioration aussi remarquable par ces injections.

M. Vaquez fait suivre ces observations de remarques intéressantes dont nous résumerons les plus importantes.

Cette médication paraît agir surtout dans les cas de myo-

cardites sans lésion orificielle. Lorsqu'il y a lésions d'orifice, l'action paraît meilleure dans les affections mitrales que dans les affections aortiques.

Les principaux effets et avantages de la strophantine peuvent donc se résumer ainsi :

a) *Rapidité d'action* (le jour même ou le lendemain).

b) *Ralentissement et régularisation du cœur et du pouls* (Fraenkel (1), Silberberg (2), Lust (3).

c) *Elévation de la tension artérielle* (13-14 au début chez notre premier malade ; 17-18 après le traitement).

d) *Diurèse considérable* (7 litres en un jour dans notre première observation) et *prolongée* (pendant plus d'un mois (première observation) le chiffre des urines s'est maintenu au-dessus de 2 litres).

e) *Décharge chlorurée considérable* (23 gr. 54, 27 gr. 88 par vingt-quatre heures dans notre premier cas).

f) Par suite, *disparition des œdèmes et diminution rapide du poids*. Remarquons, toutefois, que parfois les injections ont déterminé une diurèse abondante, mais presque purement aqueuse, la décharge chlorurée étant insuffisante. Ainsi, le 25 octobre, on note une diurèse de 2 lit. 300 ne renfermant que 2 gr. 64 de chlorures, après la décharge chlorurée de 23 gr. 54 du 23 octobre (4 lit. 360). Parallèlement à cette hydrurie simple, on constate que le poids, au lieu de diminuer, reste stationnaire ou même augmente (62 kil., 63 kil., 63 kil. 300).

g) Tous les observateurs (Hugo Starck (4), entre autres) signalent l'action favorable du médicament sur le sommeil

(1) Fraenkel. *XXIIIe Congress f. inn. Mediz.*, 1906, Munich.
(2) Silberberg. *Rousskyi Vratch*, n° 36, 1908.
(3) Lust. *Deutsches Arch. f. klin. Mediz.*, p. 282, 1908.
(4) Hugo Starck. *Deutsche mediz. Woch.*, n° 12, 1907.

de leurs malades. Ces malades, qui, depuis plus ou moins longtemps, passaient de fort mauvaises nuits, ont pu, à la suite des injections, goûter un repos réparateur.

h) Enfin certains auteurs (Liebermeister (1), Danielopoulo (2), Fraenkel et Schwartz (3), Lust (4), font remarquer que chez des malades chez lesquels les médicaments cardiaques ou diurétiques usuels étaient devenues inefficaces, ces mêmes médicaments ont recouvré leur action à la suite d'injections de strophantine.

La voie intra-veineuse est très active, la voie stomacale ne paraît rien donner.

La strophantine amorphe paraît mieux agir que la strophantine cristallisée ; elle semble aussi être mieux supportée.

Les injections intra-veineuses ne doivent pas être douloureuses ; s'il existe de la douleur, qui peut alors être très intense, c'est qu'une goutte de la solution s'est écoulée dans le tissu cellulaire, soit que l'aiguille ait traversé la veine de part en part, soit qu'un peu du liquide soit ressorti de la veine. Chez quelques malades, ces injections sont suivies d'un œdème du pli du coude, avec fièvre ; ces phénomènes inflammatoires sont calmés par des compresses humides.

Enfin, on a signalé quelques cas de mort subite à la suite de ces injections. Il semble résulter de l'étude des cas de mort observés ou que la dose employée était trop forte (on doit faire des injections de 1/2 milligramme à 1 milligramme), ou que les reins des malades étaient en mauvais

(1) LIEBERMEISTER. *Mediz. klin.*, H. 8, 1908.
(2) DANIELOPOULO. *Arch. des maladies du cœur*, nov. 1908.
(3) *Arch. f. exper. Path. u. Pharmakol.*, Bd LVII, H. 1 et 2.
(4) *Loc. cit.*

état ; il semble qu'il ne faudrait pas se servir de ce mode de traitement chez les malades atteints de néphrite, tandis que lorsque l'albumine est causée par une congestion passive du rein, il y aurait avantage à le faire.

Comme conclusion, il faut considérer la strophantine comme un médicament à la fois très efficace et très dangereux ; qu'elle ne doit, par conséquent, pas être employée à la légère comme succédanée de la digitale dans les cas où celle-ci fait merveille, mais seulement dans ceux où les autres médicaments cardiaques ont échoué, ou, à la rigueur, dans ceux où il est nécessaire d'agir rapidement ; qu'il faudra toujours se rappeler et par conséquent prévenir l'entourage du malade que c'est une médication délicate; qu'il faut s'en abstenir complètement chez certains malades (chez les brightiques, par exemple), malgré les cas contraires encourageants que l'on a pu rapporter (Hœpffner, Liebermeister ; pour ce dernier, un tiers des cas de néphrite chronique bénéficierait de la strophantine), ou tout au moins attendre que l'on soit encore mieux fixé sur ceux-ci; enfin, que le traitement devra être institué de la façon suivante : on commencera par des doses minimes (1/2 milligr.), surtout avec la strophantine cristallisée ou chez des sujets artério-scléreux, puis on continuera par des doses progressivement croissantes jusqu'à 0 gr. 001 au maximum par jour en une ou plusieurs fois. (Hornung (2) va jusqu'à 1 milligr. 1/2 en deux fois ; au contraire, pour Fraenkel, 3/4 de milligramme suffisent et ne donnent lieu à aucun trouble.) Au début, avec les doses faibles, les injections pourront être répétées chaque jour, puis on les espacera de un, puis de deux ou trois jours, et même davantage, lorsque l'action du médicament sera complète.

Il faut s'abstenir de donner de la digitale ou de la digi-

taline, soit en même temps, soit à peu de distance de la strophantine ; la théobromine peut être donnée concurremment sans danger.

Dr MARC JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ANGLAIS

LA TOUX, par GAIUS J. JONES (Cleveland).

En cette saison, il arrive à presque tout le monde d'être pris de toux. Le médicament homœopathique bien indiqué la guérira ordinairement. J'ai prescrit des centaines et des milliers de fois les remèdes suivants, selon les symptômes que j'indique.

Aconit. — Nous n'avons pas de meilleur remède pour le stade de début ou congestif des inflammations diverses qui produisent la toux. La toux est sèche, hachée, pas spécialement paroxystique; parfois le malade expectore un peu de mucus clair, ou du mucus strié de sang. A ce stade il n'expectore pas de pus. Il y a une élévation de la température, il peut y avoir du frissonnement et un état général d'agitation. Dans le croup ordinaire, s'il est donné de bonne heure, ce remède coupera court à la maladie, et on peut le dire presque aussi sûrement pour la bronchite ou la pneumonie.

Belladonna. — Dans le cas où *Belladonna* est indiquée, il y a ordinairement une haute température, de la rougeur de la face, et de la douleur à la partie antérieure de la

tête. Souvent il y a une tendance à l'assoupissement, de la stupeur. La toux est paroxystique, généralement soulagée en s'asseyant. Il y a très peu d'expectoration, quoique plus qu'avec *Aconit*. Le pouls est plein, et sa fréquence accrue. Il peut y avoir du frissonnement, mais ordinairement le malade se plaint de chaleur. Ce remède aussi est plus indiqué au stade de début de la maladie.

Bryonia. — Ce remède succède à *Aconit* dans beaucoup de cas. La toux est intense et souvent accompagnée de douleurs aiguës, lancinantes, dans la poitrine, plus particulièrement du côté gauche. La douleur est si forte que le malade préfère être couché sur le côté atteint, ou, s'il est assis, il appuie avec ses mains sur le côté de la poitrine lorsqu'il tousse. La toux est aggravée par l'air froid, et soulagée par la chaleur. Elle est aussi soulagée par le repos, aggravée en parlant, riant, ou se remuant.

Drosera. — C'était le remède d'Hahnemann pour la coqueluche, maladie pour laquelle c'est le remède le mieux indiqué. La toux est paroxystique, généralement sèche, bien que le malade ne soit pas enroué comme avec *Spongia* ou *Phosphorus*. Elle est aggravée en se couchant, particulièrement dans la première partie de la nuit. Dans certains cas, une seule dose de la 30e dilution empêchera pour la nuit suivante le terrible paroxysme qui, au début des nuits précédentes, a empêché le malade de dormir pendant plusieurs heures.

Eupatorium par. — Ce remède n'est pas aussi souvent qu'il devrait l'être, employé pour la toux. Il est spécialement indiqué pour les cas qui surviennent pendant une fièvre rémittente, le paroxysme fébrile survenant ordinairement à la fin de la matinée. Dans la tuberculose c'est un de nos meilleurs remèdes.

Hepar sulf. — Indiqué par une toux rauque, aggravée au début de la journée, réussit dans beaucoup de cas de laryngite chronique.

Ipéca. — Indiqué par une toux avec expectoration assez profuse, accompagnée de nausée et de vomissement. On peut trouver, quand ce remède est indiqué, une fièvre irrégulière ; ce serait le meilleur remède dans certains cas de fièvre malarienne chronique.

Kali bichrom. — Il n'y a pas dans la matière médicale de remède aussi bien indiqué que celui-ci pour le croup membraneux. La toux de *Kali bichr.* est enrouée, et fréquemment accompagnée d'une expectoration épaisse et tenace. Cette indication se trouve partout dans la matière médicale en rapport avec ce remède.

Phosphorus. — Indiqué par une toux qui est en général sèche; il y a un enrouement profond, avec douleur comme par une pression sur la surface antérieure de la poitrine. La toux est aggravée par la poussière et la fumée ou par un changement d'air; il est plus indiqué dans la bronchite que dans la pleurésie, et par conséquent plutôt à l'opposé de *Bryonia.*

Pothoss fœtidum. — Pour le croup spasmodique, dans lequel existe la cyanose due à l'interruption temporaire de la respiration, avec peut-être une convulsion générale, il n'y a pas de remède comme celui-ci. En d'autres termes, c'est presque un spécifique de l'asthme de Millar. Dans beaucoup de cas d'asthme il est bien indiqué au premier stade de la maladie.

Spongia a une toux rauque, sèche, plus enrouée que celle d'aucun autre remède. L'aggravation survient dans la première partie de la nuit, à l'inverse de *Hepar Sulf.*, qui

a une aggravation au début du jour. Plus indiqué que *Phosph.* dans la laryngite.

Squilla. — Ce médicament ressemble plus à *Bryonia* qu'aucun autre par sa pathogénésie. Il a les douleurs aiguës dans la poitrine, mais en plus un coryza fluent avec conjonctivite. La toux est plutôt plus paroxystique que celle de *Bryonia.* Il est fréquemment indiqué dans les cas de bronchite capillaire et de broncho-pneumonie.

Sulphur. — La principale caractéristique de ce remède est la dyspnée. Celle-ci survient ou s'aggrave au milieu de la nuit, et est ordinairement soulagée par la position assise, le malade étant obligé de sortir du lit pour éprouver du soulagement. La toux est ordinairement sèche et rarement paroxystique. L'inhalation de poussière et de fumée l'aggrave, aussi bien que la dyspnée qui l'accompagne. C'est le meilleur remède que nous ayons pour l'asthme et on devrait toujours y penser chaque fois qu'il existe beaucoup de dyspnée.

Tartar emetic. — C'est un des plus grands remèdes que nous ayons pour la toux. Ses indications sont un râle humide général, qu'on entend dans la majeure partie de la poitrine, et cependant le malade est incapable d'expectorer et de se défaire du contenu de ses bronches. C'est un des meilleurs remèdes dans la bronchite capillaire et la broncho-pneumonie, et c'est à peine s'il vient après aucun autre dans le traitement de la pneumonie croupale.

Pour ce qui est de la dilution, j'ai employé la 3e X de *Aconit, Bellad., Bryon, Drosera, Eupatore., Ipeca, Phosph., Spongia* et *Tart. emet.* A l'occasion j'ai employé la 30e X de ces remèdes. J'ai usé de *Squilla* et *Sulphur* à la 30e X, rarement plus bas. Je me suis servi de la *de Pothoss., T. M., Kali bichr.* et *Tart. emet.* 3e trit. X, *Hepar sulf.* 6e.

En cas d'amélioration, le remède est continué, mais les intervalles augmentés entre chaque dose. Le remède n'est pas changé s'il y a amélioration marquée.

(*Cleveland Med. and Surg. Reporter*, mars 1909.)

Exercice de matière médicale, par Allan et Waltz (Cleveland.)

1° Manie violente et persistante, désir de déchirer et de couper des objets, principalement ses vêtements ; pleure et hurle, ou prie et parle de choses religieuses; jure et hurle toute la nuit.

2° Respiration oppressée obligeant à s'asseoir dans son lit, soulagée par l'expectoration de mucus. Beaucoup de bruit de mucus avec expectoration difficile.

3° Vomissement sûr, ou vomissements de caillots : selles sûres, non digérées, en grumeaux.

Avant de poursuivre cet article, prenez votre plume et écrivez le médicament que vous appliqueriez à chacune de ces questions, et après votre premier choix, écrivez tous les médicaments qui vous viennent à l'esprit pour chacune. Vous serez alors en état de profiter de cet exercice.

Si nous prenons la première question, une objection se présente immédiatement, c'est qu'on n'applique jamais un remède pour quelques symptômes isolés, mais en considérant la totalité des symptômes. On peut répondre à cela qu'on est frappé par les signes les plus marqués, auxquels on peut opposer un simillimum suffisant.

L'étudiant qui a écouté les symptômes ci-dessus se rappelle quelques remèdes qui ont ces indications, et qui sont probablement *Bellad.*, *Aurum*, *Stramonium* et *Veratr. alb.*

Il faut lui inculquer l'idée d'être prêt à faire une prescription. Le malade et son entourage le demandent. Il choisit alors un de ces remèdes pour établir ses distinctions. Supposons qu'il ait choisi *Bellad.* Ce remède a le délire furieux, le désir de mordre, de frapper ceux qui l'entourent, de cracher sur eux. Il a le désir de déchirer des objets, spécialement ses habits. *Bellad.* n'a pas la manie religieuse. *Aurum.* éprouve le besoin de prier, mais n'a pas la manie furieuse. *Stramonium* a un délire furieux; mais n'a pas tendance à déchirer les objets, il n'a pas non plus de manie religieuse. Chose curieuse, *Veratr. alb.* a tous les symptômes de la question et ainsi, par élimination, serait le remède à prescrire.

Pour en venir à la question 2, les remèdes qui doivent venir à l'esprit de l'étudiant sont: *Aconit*, *Arsenicum*, *Ant. tart.*, *Sambucus*, *Sulfur* et d'autres, pour les symptômes oppression de la respiration forçant à s'asseoir dans le lit. Le grand ronflement de mucus fait penser à *Antim. tart.*, *Ipéca*, *Phosphorus* et *Stannum*. En prenant l'ensemble, on pense surtout à *Antim. tart.* et *Ipéca.* En appliquant la méthode d'élimination, on voit que *Aconit*, *Arsenic*, *Sulfur* et *Sambucus* ont tous la dyspnée et l'oppression, mais qu'aucun n'a le grand ronflement de mucus dans la poitrine. Ils ont tous plutôt tendance à produire une toux sèche sifflante.

Stannum est un médicament excellent et qui a beaucoup des symptômes de la question, excepté que, s'il y a ronflement humide, l'expectoration est facile, et que pour cette raison ce n'est pas le remède à choisir. *Phosph.* a du bruit de mucus et de l'oppression, mais sa symptomatologie ne s'approche pas tant que celles de *Antim. tart.* et *Ipéca.*

Ipéca a la respiration oppressée et le bruit de mucus. Ce-

pendant on ne trouve pas avec *Ipéca* « est obligé de s'asseoir dans son lit ». *Ant. tart.* a la respiration oppressée et l'obligation de s'asseoir. Tous deux ont le bruit de mucus dans la poitrine avec impossibilité de le détacher. Comment les différencier. *Ipéca* est indiquée dans le stade aigu. la toux est absolument constante et il y a tendance à beaucoup de nousées. Quant *Ant. tart.* est indiqué, le toux semble devenir moins fréquente avec accroissement du ronflement muqueux : de plus, la toux de *Ant. tart.* est pire à 3 heures du matin. A ce propos, on peut faire remarquer aux étudiants que *Kali carb.* a aussi la toux à 3 heures du matin. Ainsi, on arrive à choisir *Ant. tart.* comme couvrant tous les symptômes de la question. En faisant ces différenciations, l'étudiant se familiarise avec les quelques remèdes indiqués dans une toux grasse, facile.

Question n° 3.— Selles et vomissements sûrs, grumeaux dans les selles et dans les vomissements, selles mal digérées. Il y a quelques médicaments qui viennent à l'esprit de l'étudiant, par exemple : *Calc. carb.*, *Æthusa*, et peut-être *Rheum*. Je pense que dans la plupart des cas on choisira les deux premiers. Pour les différencier, nous procéderons comme suit : Les deux ont les vomissements et les selles sûrs, les deux ont des coagula dans les selles et les vomissements; les deux ont des selles non digérées.*Rheum* a les sueurs et les selles sentant le sûr, mais n'a pas les selles en grumeaux, ce qui le fait éliminer tout de suite. Il reste à faire le choix entre *Æthusa* et *Calc. carb.* *Æthusa* a une plus grande prostration après les selles où les vomissements. Il a aussi plus d'acidité et les caillots sont plus gros. *Æthusa* a plus de tendance à produire des convulsions et ce symptôme particulier des yeux se retournant en arrière.

Calc. carb. a une plus grande distension de l'abdomen, et a le symptôme surajouté d'être poli, gras, et flasque *Calc. carb.* a l'odeur de hareng saur ou d'œuf pourri (à ce propos on peut demander à l'étudiant de nommer les autres remèdes avec lesquels les selles ont l'odeur d'œufs pourris, *Arnica* et *Chamomilla*. *Arnica* ayant les selles brunes et *Chamo*. des selles jaunes ou vertes). On peut encore demander ce qui donne les selles vert d'herbe, c'est-à-dire *Ipéca*.

Telle est la méthode employée par le Prof. Waltz.

(*Cleveland Med. and Surg. Reporter*. Mars 1909.).

Leçon sur Thuja, par le Dr Wheeler.

Thuja est à peine connu de la médecine ordinaire. A fortes doses, il a produit l'avortement et la gastro-entérite, et on a trouvé qu'il avait une affinité particulière pour les végétations et les condylomes. *Thuja* a été expérimenté par Hahnemann et de nouveau en Autriche. Sa principale sphère d'influence est sur les organes génito-urinaires. Il produit l'inflammation de l'urèthre et des douleurs dans les organes génitaux, de la sueur de ces régions, des verrues et des condylomes. Il peut y avoir du pus dans l'urine, et même du sucre. La prostate est enflammée et il y a de l'irritation du col de la vessie; l'urine vient en faible jet. *Thuja* a une affinité pour l'ovaire et donne de la douleur dans l'ovaire, surtout à gauche. Il produit l'avortement et une leucorrhée âcre. Les règles sont peu abondantes et ont tendance à survenir trop tôt; il y a douleur dans l'ovaire gauche, pire le premier jour. Douleurs brûlantes et démangeaisons autour de l'anus, végétations et condylomes. Le Dr Dudgeon, expérimentant *Thuja* sur lui-même, produisit une uréthrite aiguë ressemblant à la blennhorragie.

Sur la peau, *Thuja* donne des verrues, des excroissances tubéreuses et des papillomes. On l'a employé pour les verrues et pour les néoformations de la peau, et même pour l'épithélioma. Il peut être appliqué localement sur les verrues aussi bien que donné à l'intérieur. Marshal Radetsky fut guéri d'un cancer de la cuisse par *Thuja*. Tache brune sur la peau. Il a des relations avec la petite vérole, ayant produit une éruption pustuleuse ressemblant à celle de la variole, maladie pour laquelle il fut d'abord employé par Bœnninghausen. Le Dr Burnett a établi un rapport étroit entre *Thuja* et la maladie vaccinale, particulièrement les désordres chroniques résultant de la vaccination. Ses relations avec la blennorrhée et les excroissances verruqueuses ont placé *Thuja* au premier rang des antisycotiques. La blennorrhagie est considérée comme un vrai virus chronique qui correspond à la sycose de Hahnemann, et le Dr Allen affirme que la vaccination répand cette infection sycotique, et que lorsque *Thuja* antidote les effets de la vaccination, il le fait grâce à son pouvoir antisycotique. Pour montrer la valeur de *Thuja* dans le cas de maladie vaccinale, le Dr Wheeler rapporte le cas d'un enfant atteint depuis longtemps d'un eczéma grave, qui apparut peu après la vaccination, et auquel *Thuja* 30 fût donné avec une amélioration immédiate. Après une semaine on donna de nouveau *Thuja* à une beaucoup plus basse dilution, avec ce résultat que l'eczéma fut fort aggravé. La cessation du médicament amena la tombée de cette aggravation, et l'eczéma fut complètement guéri en peu de temps.

Thuja est surtout un remède du côté gauche. C'est un médicament du refroidissement. Les symptômes sont pires le matin après le lever, pires par l'humidité et le froid. Il produit un rhumatisme semblable au rhumatisme blen-

norrhagique, atteignant surtout les grosses articulations, qui craquent, et sont pires par la chaleur. Le mouvement d'extension des articulations est impossible. Le malade est cachectique au d'aspect cireux. Il a peur de tomber. Les sécrétions sont fétides, spécialement la sueur, et particulièrement la sueur des régions génitales. Les douleurs tendent à se produire par petits points limités, par exemple le mal de tête est comme si on avait enfoncé une aiguille. Les catarrhes des muqueuses ont un caractère chronique comme chez les sujets atteints de gonorrhée.

L'esprit est déprimé, morose, querelleur, idées fixes. Les douleurs dans la tête sont frontales ou occipitales, par points, surtout à gauche, et sont améliorées à l'air libre. Etat croûteux du cuir chevelu. A l'œil, conjonctivite, tumeurs des paupières. Cliniquement, on l'a trouvé utile dans l'iritis syphilitique. Polype du méat de l'oreille. Catarrhe chronique du nez avec écoulement verdâtre et fétide. Pour les dents, c'est la base, en rapport avec les gencives, qui se carie : pyorrhée alvéolaire. Epulis. Condylomes et plaques muqueuses dans la gorge. Pas d'appétit au déjeuner et goût désagréable dans la bouche. Le Dr Cooper a étudié sa sphère d'action sur les troubles gastro-intestinaux, et trouve *Thuja* indiqué dans la dyspepsie avec flatulence, douleur après le repas, sensation de défaillance épigastrique avant de manger, soif, langue nette, et constipation. Le Dr Clarke trouve que son indication dans la dyspepsie est qu'elle résulte de l'usage du thé, et le considère comme l'antidote général de l'empoisonnement par le thé. *Thuja* a été employé pour les polypes des cordes vocales et aussi pour l'asthme résultant d'une maladie chronique et qui est accompagné de soif.

(*The Brit. hom. Rev.*, avril 1909.)

PRURIT ANAL ET RADIUM.

Le Dr Arthur Roberts, de Harrogate, écrit : Je vois dans la *British homœopathic Review* des notes du Dr Dudley Wright sur l'action du radium dans le prurit anal. J'ai eu pendant l'année dernière deux cas intenses de prurit anal. Un clergyman âgé de 40 ans, en avait depuis un an, avec de l'eczéma. Une dose de radium 30 le guérit. Une dame de 30 ans avait souffert d'hémorrhoïdes, que je guéris, et fut ensuite atteinte de prurit anal. Une dose de radium 30 la guérit.

(*Brit. hom. Rev.*, avril 1909.)

Dr PAUL TESSIER.

JOURNAUX FRANÇAIS

ANGINE DE POITRINE ET ENTÉRO-COLITE MUCO-MEMBRANEUSE.
(*Bulletin médical*, 27 janvier.)

M. Lœper appelle avec raison l'attention des médecins sur la coïncidence de symptômes d'angine de poitrine avec l'entéro-colite membraneuse. Ces symptômes d'angine de poitrine existent sans coronarite ; ce sont des angines de poitrine sans lésions cardiaques. Les symptômes en sont néanmoins très intenses. Ils surviennent par accès, souvent la nuit ; une douleur angoissante occupe la région précordiale, le malade s'asseoit sur son lit brusquement, les yeux hagards, le faciès altéré, la poitrine serrée comme dans un étau. Comme dans le véritable angor, la douleur s'irradie dans le bras, l'avant-bras, en suivant le nerf cubital, habituellement du côté gauche. Sentiment de mort

prochaine, sueurs froides, tachycardie. Quelquefois des éructations ou un flux d'urine viennent terminer l'accès.

Ces malades présentent tous les symptômes de la colite muco-membraneuse ; constipation opiniâtre alternant avec des diarrhées contenant des mucosités abondantes et des fausses membranes. La diarrhée qui succède à la constipation est quelquefois fort abondante, et se continue pendant plusieurs jours.

Chez quelques malades, au lieu de ces grands accès d'angor, on observe de simples douleurs au niveau de la région sternale et des 3e, 4e et 5e espaces intercostaux gauches. Ces douleurs s'accompagnent d'accélération du pouls, d'oppression, d'un état lypothymique et d'agitation nerveuse.

On a expliqué cette complication du symptôme cardiaque naturellement par l'intoxication et l'infection. M. Lœper proteste avec raison contre cette explication banale, et attribue ces troubles à une origine réflexe aboutissant au spasme coronarien.

VARIETES

Dix ans d'homoepathie a la maison Marguerite.

Mme Etienne Mallet, aidée d'un comité de dames, a fondé sous ce nom un hôpital gratuit pour les enfants, destiné à recevoir les maladies aiguës et les maladies contagieuses. Ce petit hôpital, situé d'abord au 50 du boulevard de la Saussaye à Neuilly, eut comme premier médecin un adepte de la doctrine de Schussler.

En 1900, la maison Marguerite a été transférée rue Borghèse, 139, au coin du boulevard de la Saussaye, dans une petite maison coquette possédant toutes les ressources de l'hygiène moderne, formée de la réunion de deux corps de bâtiments, contenant chacun trois petites chambres, ayant chacune trois lits, ce qui nous donne 18 lits. Dans chaque corps de bâtiment, au milieu des chambres, se trouve la chambre d'une des sœurs garde-malades, qui peut, grâce à des glaces placées entre chaque chambre, surveiller de chez elle tout ce qui se passe chez nos petits malades.

Ce système de chambres séparées, ne communiquant pas entre elles, mais ouvrant sur un couloir, permet de faire un isolement très suffisant pour les maladies contagieuses de sorte que les cas de contagion intérieure sont extrêmement rares.

La direction me fut confiée le 15 novembre 1897, mais pendant les quatre premières années le service effectif fut fait pour notre confrère le Dr Clément Petit.

Depuis 1902, j'ai assumé tout le service, aidé pendant les vacances par le Dr Hebert et depuis deux ans par mon fils.

La fin de la dixième année aurait été le 15 novembre 1907, mais les chiffres que je vais vous donner vont jusqu'au 31 décembre.

Pendant nos dix premières années, nous avons reçu 1.538 malades avec 33 morts, ce qui nous donne une mortalité de 2,14 p. 100.

Voici quelques chiffres, empruntés surtout aux maladies contagieuses :

Fièvre typhoïde	41 cas
Rougeole	263 —
Scarlatine	188 —
Coqueluche	112 —
Diphtérie	7 —
Oreillons	30 —
Varicelle	85 —
Bronchite	265 —
Broncho-pneumonie et pneumonie.	82 —
Pleurésie	15 —

Du 15 novembre 1897 au 15 novembre 1898, un seul décès par méningite tuberculeuse.

Du 15 novembre 1898 au 15 novembre 1899, 2 décès, un par méningite tuberculeuse et un par tuberculose pulmonaire, chez un enfant qui fut atteint de coqueluche et de broncho-pneumonie.

Du 15 novembre 1899 au 31 décembre 1900, un décès par fièvre typhoïde.

En 1901, 5 décès ; deux par méningite tuberculeuse ; trois par tuberculose pulmonaire, suite de coqueluche.

En 1902, 6 décès ; un par congestion pulmonaire (il s'agissait d'un enfant amené mourant et décédé au bout de quelques heures), une tuberculose généralisée ; deux diphtéries (un des enfants est entré à cinq heures du soir et est mort à cinq heures du matin, après un séjour de douze heures à l'hôpital), deux méningites tuberculeuses.

En 1903, 4 décès ; une diphtérie, une broncho-pneumonie et deux méningites tuberculeuses.

En 1904, 5 décès, deux tuberculoses pulmonaires, deux méningites tuberculeuses et une fièvre typhoïde.

En 1905, un seul décès par méningite tuberculeuse.

En 1906, 5 décès ; 2 méningites tuberculeuses, 2 broncho-pneumonies (dont un malade vingt-quatre heures après

son entrée) et une scarlatine, compliquée de bronchite, mort le troisième jour.

En 1907, 3 décès ; deux méningites tuberculeuses et une broncho-pneumonie (mort le deuxième jour de son séjour).

Comme il ressort de ces chiffres, le plus grand nombre des décès tiennent à la tuberculose : 15 méningites, 1 tuberculose généralisée, 6 tuberculoses pulmonaires, soit 22 sur 33.

Les 11 autres décès se divisent en 2 fièvres typhoïdes, 3 diphtéries, 1 congestion pulmonaire, 4 broncho-pneumonies et 1 scarlatine.

Si on compare ce pourcentage de décès avec celui qui s'observe dans les hôpitaux allopathiques d'enfants, on est frappé de la supériorité très marquée du traitement homœopathique.

A notre service hospitalier, est adjoint un service de consultations gratuites, qui ont lieu les lundis et les jeudis à dix heures et demie du matin. Voici la progression de ces consultations. La première année, 60 consultations, la seconde, 77, puis successivement, 190, 223, 490, 625, 639, 743, 921 et en 1907, 1.221 ; ce qui nous donne pour nos dix premières années un total de 5.189 consultations.

Notre petit hôpital est à votre disposition à tous, et nous serions heureux si vous vouliez bien nous envoyer des malades indigents atteints de maladies aiguës, âgés de deux ans au moins et de douze à treize ans au plus (1).

D[r] MARC JOUSSET.

(1) Communication faite à la Société française d'homœopathie (10 février 1909).

Désinfection dans les maladies contagieuses.

Nous avons la satisfaction de lire dans le numéro du 31 mars de la *Presse Médicale*, un article de l'honorable M. Comby, médecin de l'hôpital des Enfants, sur la désinfection des maladies contagieuses.

Nous avons dit que nous avons la satisfaction parce que cet article reproduit celui que nous avons publié dans le numéro de février de l'*Art Médical*.

M. Comby s'élève comme nous contre ces désinfections à grand orchestre qui s'adressent aux locaux habités par le malade et qui négligent la véritable cause de la contagion : le malade et le convalescent qui conservent dans la bouche, la gorge, les cavités nasales et auriculaires, la peau des mains et les ongles, le microbe pathogène, cause instrumentale de la contagion. Aussi trouvons-nous un concert d'opinions pour déclarer l'inutilité des désinfections. C'est M. Courmont, MM. Le moine, Chauvel, Fiessinger, Gel Mosny, le professeur Bard, de Genève, etc., etc., s'accordant à dire que quand le danger est dans la gorge, on désinfecte les meubles.

« Malgré l'acharnement déployé par les désinfecteurs municipaux, les maladies contagieuses se sont propagées d'une façon inquiétante à Paris et en province; plus on désinfecte de scarlatine et de rougeole, plus il y en a ». Ainsi parle M. Comby sur les résultats de la désinfection municipale.

Rappelons que cette désinfection officielle n'est pas seulement illusoire; elle est odieuse, elle occasionne à ceux qui en sont l'objet des vexations, des ennuis, et quand ce sont des commerçants, de véritables préjudices.

Je répéterai après M. Comby que cette désinfection pour

le matériel et le personnel de laquelle on a voté des sommes énormes est définitivement jugée. Le public en a assez, les médecins en ont assez et personne ne croit plus à l'efficacité de la désinfection des locaux dans les maladies contagieuses.

Incidemment M. Comby a traité la contagion dans la scarlatine; il soutient, comme nous l'avons fait si souvent, que la contagion de cette maladie se produit surtout pendant la période fébrile; la contagion par les squames n'est qu'une légende.

Nous reportant à l'article publié dans l'*Art Médical* le mois dernier sur la déclaration obligatoire des maladies contagieuses, nous rappellerons les conclusions de cet article : Nécessité pour le père de famille ou l'hôtelier de déclarer à l'administration les cas des maladies contagieuses qui, comme le choléra, la peste et la fièvre jaune, ne naissent jamais spontanément dans notre pays et sont toujours importées; inutilité de la déclaration des maladies contagieuses qui, comme la rougeole, la scarlatine et la diphtérie ne sont point importées et appartiennent à notre pays; pour ces maladies, la désinfection doit être pratiquée dans chaque famille sous la direction des médecins.

La désinfection pratiquée dans les familles sous la direction des médecins est très suffisante.

Dr P. JOUSSET.

Le Propriétaire-Gérant : **Dr P. JOUSSET.**

Typographie A. DAVY, 52, rue Madame, Paris — *Téléphone.*

L'ART MEDICAL

JUIN 1909

PATHOLOGIE INTERNE

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE

Quoique cette maladie ait pour lésion constante une inflammation purulente de la pie-mère cérébro-spinale, il est difficile d'en faire une simple phlegmasie ; les formes que présente cette méningite, et en particulier la forme foudroyante, mortelle en quelques heures, et la forme lente qui peut se prolonger pendant des mois et presque une année, les fréquentes complications de phlegmasie purulente pouvant occuper le poumon, la plèvre, le péricarde et les jointures, font de la méningite cérébro-spinale une espèce morbide bien plus comparable aux maladies pestilentielles comme la diphtérie et la dysenterie, qu'à des phlegmasies.

Les études bactériologiques ont permis de constater dans le pus des méninges ou dans le liquide rachidien, plusieurs microbes, dont le principal est un diplocoque décrit par Weichselbaum dont il a gardé le nom : méningocoque de Weichselbaum. Ce microbe, se rapproche beaucoup par sa forme du gonocoque, et comme lui, il est le plus souvent inclus dans les leucocytes et dans les globules de pus.

Quand il est libre, il est associé deux par deux ou en tétraèdre ; il se colore facilement par les méthodes ordinaires et se décolore par le Gram ; la gélose et le sérum de lapin jeune constituent les meilleurs terrains de culture pour ce microbe. Ces cultures perdent très vite leur pouvoir pathogène, pouvoir pathogène qui ne se réalise que quand les injections sont faites dans les cavités séreuses ; autrement elles restent stériles.

Naturellement on a voulu faire du méningocoque de Weichselbaum, le microbe pathogène de la méningite cérébro-spinale. Une objection à cette doctrine se tire de la présence de pneumocoques, du bacille de Friedlander, du bacille typhique et d'autres bacilles variés et de plusieurs variétés de staphylocoques rencontrés dans la méningite cérébro-spinale à la place du méningocoque de Weichselbaum.

Quand on n'a pu déceler la présence du méningocoque par les procédés ordinaires il faut avoir recours à la méthode que le Dr Vincent a indiqué pour ces cas difficiles.

Cete méthode, disons-le, est une méthode de laboratoire ; elle repose sur la découverte d'un sérum agglutinant dont quelques gouttes, ajoutées aux produits de centrifugation du liquide céphalo-rachidien, produisent un trouble caractéristique. Dans un relevé de Wolf, portant sur 174 cas, le méningocoque n'aurait été trouvé que 34 fois et le pneumocoque 44 fois.

L'énumération des microbes rapportée dans le travail de Wolf ne permet pas de soutenir que l'un des nombreux microbes signalés par lui, soit l'agent pathogène spécifique de la maladie, puisque la méningite cérébro-spinale avec ses symptômes et ses lésions peut évoluer avec une des espèces microbiennes énumérées plus haut. Les microbes

ne seront donc ici, comme toujours, que des produits morbides et non des causes de maladie.

Nous avons décrit, à cette maladie, cinq formes : la forme commune, la forme foudroyante, la forme ataxique ou typhoïde, la forme bénigne et la forme prolongée.

Forme commune. — Quoique cette forme ait les allures et la durée d'une maladie aiguë, elle présente néanmoins certains caractères qui rappellent la méningite tuberculeuse. Il ne faut pas que le clinicien oublie cette ressemblance, s'il veut éviter une erreur de diagnostic également préjudiciable à sa réputation et à l'issue de la maladie. Elle peut débuter brusquement, par le frisson, une céphalalgie considérable, une douleur dans la colonne vertébrale, des vomissements, de la constipation, de la raideur de la nuque, et un mouvement fébrile avec température dépassant 39°, et fréquence du pouls.

La rachialgie, qui est un des symptômes principaux, a pour caractère d'augmenter par le moindre mouvement, d'irradier dans les membres; elle immobilise le malade dans le décubitus dorsal. Elle présente deux points où elle est plus intense : à la nuque et aux lombes. Le délire apparaît promptement dans cette forme; en même temps surviennent des contractures, produisant le renversement de la tête en arrière ; la tête s'enfonce dans l'oreiller ; la raideur s'étend au tronc. On observe quelquefois un véritable opisthotonos ; le trismus, la raideur dans les membres ; à ce moment on peut constater le signe de Kernig.

Dans d'autres cas, ce début brusque est précédé de céphalalgie avec ou sans nausées, de rachialgie encore mal accusée, de malaises, de tristesses, de terreurs subites chez les enfants, d'insomnies. Le mouvement fébrile est continu,

les symptômes cérébraux s'aggravent, le coma remplace le délire, et les paralysies, la contracture;puis la respiration devient accélérée, irrégulière, suspirieuse ; vers la fin de la première semaine, le malade est dans le coma et dans la résolution des membres ; quelquefois le pouls se ralentit et devient irrégulier, puis la respiration s'embarrassant de plus en plus, le malade succombe à la fin du premier septenaire ou dans le cours du second.

Si le malade doit guérir, la connaissance revient, les paralysies diminuent, un véritable sommeil remplace le coma, les fonctions se rétablissent peu à peu et le malade guérit. On a signalé des éruptions diverses et des sueurs profuses.

Forme foudroyante. — Cette forme, d'après les auteurs. s'observe surtout au début des épidémies, elle débute brusquement en pleine santé, le frisson, la céphalalgie, la rachialgie, les contractures, le délire, sont portés au plus haut point ; puis le malade tombe dans le coma, la respiration s'embarrasse, le pouls s'accélère et devient irrégulier, la mort arrive en quelques jours.

On a observé des cas où la marche de la maladie est pour ainsi dire foudroyante ; les frissons, la céphalée, la rachialgie, le délire, le coma, envahissent le malade qui succombe en quelques heures.

Forme ataxique ou typhoïde. — Dans ce cas la marche des symptômes est encore très rapide, mais la durée de la maladie est de deux à trois septenaires. Le délire prend la forme de la typhomanie. Il existe une grande prostration, souvent de la diarrhée ; les contractures et les paralysies distinguent nettement cette forme de la fièvre typhoïde, le signe de Kernig, l'alternative de contracture et de paralysie, de délire et de coma, caractérisent cette forme.

Forme bénigne. — La maladie est caractérisée par quelques symptômes fortement atténués: céphalalgie avec bourdonnements d'oreilles, raïdeur de la nuque; ces symptômes reviennent quelquefois par accès et prolongent la maladie pendant quelque temps, le plus souvent elle ne dure que quelques jours. En certains cas, les symptômes sont tellement atténués que les malades peuvent se lever tous les jours, et quelques-uns n'interrompent même pas leurs travaux.

Forme prolongée. — Dans cette forme, après une période qui ressemble à la forme commune, mais moins intense, les symptômes s'atténuent et disparaissent, le mouvement fébrile devient franchement intermittent, à ce point qu'on a pu confondre la méningite cérébro-spinale avec une fièvre paludéenne.

Ainsi constituée par une céphalalgie habituelle, un certain degré de raideur dans la nuque, un mouvement fébrile souvent rémittent, la maladie se perpétue pendant des semaines, présentant des rémissions quelquefois complètes, en sorte que l'on a observé des cas dans lesquels la maladie s'est continuée pendant 5 ou 6 mois et s'est terminée par un retour complet à la santé.

Diagnostic. — La méningite encéphalo-rachidienne peut se confondre surtout avec le typhus exanthématique ; l'invasion brusque, la précocité du délire, la raideur de la nuque, et le signe de Kernig sont propres à la méningite. Il y a encore des formes de la grippe qui seraient facilement confondues avec la méningite cérébro-spinale, la présence des bacilles de la grippe dans les crachats et l'examen du liquide céphalo-rachidien permettront de faire le diagnostic.

La méningite cérébro-spinale se distinguera de la méningite tuberculeuse par l'examen du liquide rachidien ; si on rencontre dans ce liquide le méningocoque de Weichselbaum, il ne restera plus aucun doute sur la nature de la maladie.

Étiologie. — La méningite cérébro-spinale est certainement contagieuse comme le prouvent sa fréquence chez les médecins, les infirmiers qui donnent leurs soins aux malades qui en sont atteints, le caractère familial de certaines épidémies et surtout l'importation possible de la méningite par des individus malades ou non qui viennent des régions contaminées, enfin l'immunité des agglomérations qui n'ont pas de rapports avec le foyer infecté. La transmission s'effectuerait par des effets ayant appartenu aux malades, par la cohabitation dans le même lieu. L'histoire de l'épidémie d'Evreux démontre la réalité et le mécanisme de cette contagion.

Dans la séance de l'Académie de médecine du 27 avril dernier, M. Vaillard a communiqué à la Société des documents fort importants sur l'étiologie et le traitement de la méningite cérébro-spinale.

Contagion. — L'histoire de l'épidémie d'Evreux est riche en faits qui prouvent la contagion de la maladie : 4 cavaliers habitant la même chambrée sont successivement atteints ; dans une autre chambrée, 2 voisins de lit sont frappés à quelques jours d'intervalle ; un infirmier contracte la maladie en donnant des soins à des militaires atteints de méningite cérébro-spinale ; des personnes de la population civile qui avaient des rapports plus ou moins suivis avec les hommes des régiments contaminés sont atteintes de la maladie. Des réservistes licenciés aussitôt que

la maladie a été reconnue, fournissent plusieurs cas de méningite quand ils sont de retour chez eux ; ces cas ne sont point devenus le point de départ d'une propagation intérieure. Mais quelques-uns des réservistes libérés et restés indemnes ont propagé la maladie dans leur entourage.

Ces réservistes sains et cependant contagieux portaient le méningocoque dans leur naso-pharynx, ainsi qu'a permis de le constater l'examen bactériologique : d'où il faut conclure que si l'on veut lutter avec succès contre la contagion de la maladie, il faut soumettre à un examen bactériologique toutes les personnes qui fréquentent les malades atteints de méningite. L'histoire de l'épidémie d'Evreux apportée par M. Vaillard, a un côté paradoxal que nous devons signaler ; c'est celui-ci : parmi les réservistes licenciés, les uns ont été frappés par la méningite cérébro-spinale; les autres sont restés indemnes, et d'après M. Vaillard, les hommes atteints de la maladie ne l'ont pas propagée autour d'eux, tandis que ceux qui sont restés indemnes, mais qui portaient le méningocoque dans leurs voies respiratoires sont devenus le point de départ d'une petite épidémie.

Nous laissons cette assertion sous la responsabilité de M. Vaillard.

Traitement. — Le sérum antiméningococcique a prouvé sa grande efficacité dans le traitement des méningites cérébro-spinales ; sur 24 malades non traités par le sérum, 16 sont morts, tandis qu'une autre série de 24 malades traités par le sérum n'a donné que 4 décès. C'est Flexner qui a donné la technique de ce traitement.

Pour la première injection on doit laisser écouler par la ponction lombaire la plus grande quantité possible de li-

quide céphalo-rachidien ; puis dans les cas ordinaires, on injecte de 20 à 30 centimètres cubes de sérum de Flexner réchauffé à 37° au moment de s'en servir. L'injection doit être poussée très lentement ; le malade est couché la tête basse, les reins légèrement surélevés pour faciliter la diffusion du sérum.

Ces injections peuvent être répétées tous les jours.

Dans les cas graves, on peut faire deux injections en vingt-quatre heures et introduire chaque fois de 40 à 45 centimètres cubes de sérum.

Il n'est pas nécessaire pour les injections qui suivent la première d'enlever autant de liquide céphalo-rachidien qu'on injecte de sérum.

En général, l'effet de l'injection de sérum est très rapide, les symptômes s'améliorent promptement et disparaissent ; mais si après une amélioration notable les symptômes s'aggravaient de nouveau, il faudrait reprendre les injections.

A l'Institut Pasteur, on trouve sous le nom de Dopter un sérum antiméningococcique qui est l'analogue de celui de Flexner.

Le traitement pharmaceutique de cette maladie est maintenant relégué au dernier plan ; il a été remplacé par l'usage des bains chauds, les ponctions lombaires et les injections de sérum antiméningococcique.

Les médicaments indiqués dans cette maladie sont l'opium, la noix vomique, le phosphore, l'arsenic, le gelsemium, l'ipéca et le veratrum viride.

Opium a été employé sur une grande échelle par Chauffard, d'Avignon. Ce médecin lui attribue de très grands succès ; il l'a employé à très hautes doses : 30 et 40 cgr. par jour. Opium est tout à fait homœopathique aux mouve-

ments fébriles et aux symptômes présentés par le pouls dans la méningite cérébro-spinale. Le rétrécissement de la pupille est un signe qui indique l'emploi de ce médicament; les contractures, les convulsions, les alternatives de délire et de coma rentrent bien dans la sphère d'action de l'opium.

Agaricus muscarius : délire, somnolence, ralentissement du pouls, céphalalgie, et principalement la rachialgie irradiant dans les membres.

Nux vomica : symptômes de contractures avec secousses tétaniques, rachialgie s'exaspérant au moindre mouvement, délire et somnolence, pupille rétrécie.

Phosphorus : dans la forme typhoïde : stupeur, langue fuligineuse, fièvre continue, diarrhée, hémorragie, enfin rachialgie avec douleurs fulgurantes dans les membres.

Stramonium : quand la forme typhoïde se prolonge, ce médicament est indiqué par la contracture, les tremblements de la langue et des membres, la suppression des évacuations avec ballonnement du ventre ; paralysie du pharynx

Arsenicum correspond aussi à la rachialgie avec douleurs fulgurantes dans les membres ; ce médicament sera indiqué de préférence quand il existe une grande prostration et les symptômes énumérés déjà à propos de la forme typhoïde.

Gelsemium a des indications plus spéciales : il est indiqué par les désordres de la faculté d'accommodation : la diplopie, le strabisme et l'aphasie.

Veratrum viride a été recommandé par Richard Hughes et l'ipéca par le Dr Béchet, d'Avignon.

Les bains chauds à 40° d'une durée de huit à dix minutes répétés toutes les trois à six heures, calment les douleurs,

diminuent les contractures, rabaissent la température et régularisent le pouls.

Mais le traitement véritablement efficace de la méningite cérébro-spinale consiste, comme nous l'avons dit, dans les ponctions lombaires et les injections de sérum antiméningococcique.

Dans le prochain numéro nous ferons l'histoire des méningites cérébro-spinales symptômatiques.

Dr P. Jousset.

MÉDECINE PRATIQUE

Accidents post-opératoires de nature urémique chez les vieillards

Parfois, lorsqu'arrive le moment d'opérer une cataracte sénile parvenue à sa maturité, les parents s'inquiètent et objectent : « Mais le sujet n'est-il pas bien vieux ? » — ce à quoi l'on répond généralement en souriant : « N'est-ce pas chose toute naturelle, du moment où il s'agit d'une cataracte *sénile*?

Eh bien ! s'il est tout naturel que les opacités *séniles* se montrent chez les vieillards, il l'est beaucoup moins qu'on les leur opère. — Entendons-nous pourtant ; — je ne prétends pas qu'il faille pour cela les laisser aveugles, et l'on a toutes raisons et tous droits d'intervenir chirurgicalement, mais, je le répète, cette opération, plus encore peut-être que n'importe quelle autre, ouvre fatalement une porte à d'aléaoires complications que l'on aurait tort de négliger, et que nous avons l'impérieux devoir de prévoir d'abord, de conju-

rer ensuite, et finalement de soigner lorsque nous n'avons pas pu en empêcher la venue.

Quelles sont ces complications ? Elles sont variables, cela va de soi et leur diversité tient à une foule de circonstances tant intrinsèques qu'extrinsèques. Les unes sont précoces, immédiates même parfois, d'autres sont plus lointaines et un examen superficiel pourrait, à première vue, les faire considérer comme des accidents n'ayant aucun rapport avec l'opération antérieure, mais pour le médecin qui sait regarder et voir, pour celui qui prend et garde les observations de ses malades, la statistique des accidents post-opératoires permet plus souvent qu'on ne pourrait le croire, d'établir une relation de cause à effet entre ces accidents et l'intervention chirurgicale qui a précédé.

Dans cette étude, j'exclus à dessein toutes les complications oculaires proprement dites : prolapsus et enclavements iriens, iritis, irido-choroïdite, ou irido-cyclite, suppurations, décollement retinien, hémorrhagies, infections du vitré, panophtalmie et autres troubles qui, presque toujours sont le résultat d'une imprudence connue du malade ou de l'opérateur.

Le champ de ces complications est illimité et il faudrait un volume pour les étudier.

Dans cet article, je n'ai en vue que les complications d'ordre général survenant à un moment donné, chez des malades bien portants, par ailleurs, et chez lesquels nulle faute opératoire ne peut être relevée.

Eh bien, neuf fois sur dix ces complications affectent la forme psychique ou délirante et sont le résultat d'une urémie plus ou moins caractérisée.

Déjà, dans un article très remarqué, paru en 1900, dans les *Annales d'Oculistique*, Fromager avait insisté, avec rai-

son, sur ces cas de délire post-opératoire qu'il n'avait pas craint de rattacher exclusivement à l'intoxication provoquée chez les malades par la rétention des produits urinaires dans l'économie.

Depuis cette communication, de nombreux oculistes ont relaté des faits analogues et tout dernièrement Trousseau (1) a cié deux cas d'accidents post-opératoires dus également à l'urémie.

Malgré que ces accidents soient heureusement assez rares, étant donné le grand nombre d'opérations de cataracte que l'on pratique, je crois bien qu'il n'est pas d'oculiste qui, en cherchant dans sa pratique, n'en découvre quelque exemple.

Pour ma part, j'en ai cinq cas très nets dont l'un eut une issue fatale, et dont les quatre autres guérirent. Comme tous se ressemblent forcément, je me bornerai à en résumer deux.

OBSERVATION I, mars 1896. — M. D..., vieillard de 88 ans, bonne santé habituelle, atteint de cataracte complète de l'œil droit, incomplète de l'œil gauche, m'est adressé par le Dr Gonnard pour que je l'opère. L'opération a lieu fin avril, sans autre accident que l'issue, insignifiante du reste, de quelques gouttes de corps vitré. Cicatrisation cornéenne presque complète le deuxième jour. Le troisième au soir, le malade est pris d'agitation que nous attribuons à une contrariété que le malade a éprouvée la veille. Interrogé à ce sujet, le malade nous assure pourtant que l'incident l'a laissé très froid, et qu'il n'y a attaché nulle importance.

(1) L'urémie des vieillards, après l'opération de la cataracte (Trousseau). *Clinique ophtalmologique*, février 1909.

Le Dr Gonnard prescrit stramonium et phosphore. 6e. La nuit, délire. La garde que nous interrogeons le lendemain nous dit que le malade n'a pas été à la garde-robe depuis l'opération et qu'il n'a presque pas uriné depuis la veille 3 heures.

On donne un lavement qui ne produit qu'un résultat insignifiant et le Dr Gonnard qui, dès les premiers moments, a porté le diagnostic d'urémie prescrit *Gelsémium*, puis *Arsenic* auxquels il ajoute la diète lactée, et quelques ventouses sur la région rénale.

Malgré ce traitement, le malade voit son état empirer et meurt le surlendemain après une anurie complète de douze heures.

Observation II. — M. J..., 79 ans est opéré par moi de la cataracte, le 11 octobre 1899, malade légèrement artério-scléreux et ayant éprouvé à différentes reprises quelques attaques de goutte. Depuis six mois néanmoins, santé exceptionnellement bonne et sans le moindre accident.

Très pusillanime, il redoute la douleur, et j'ai toutes les peines du monde à le rassurer à ce sujet. L'opération se termine sans encombre. M. J... qui s'était tenu jusque là assez tranquille se met à parler si abondamment que je juge prudent de lui administrer une potion calmante, et que pour calmer sa soif, je lui prescris quelques tasses de tilleul additionné d'eau de laurier-cerise.

Le soir je reviens voir mon malade qui est toujours agité et qui se plaint de douleurs dans les reins et le bas-ventre. J'interroge la sœur qui le garde et celle-ci m'assure que toutes les fonctions s'accomplissent bien.

Néanmoins, je commande qu'on surveille les urines et qu'on me les garde.

Le lendemain, à 9 h. je constate que M. J... n'a uriné qu'un 1/4 de litre environ. La nuit a été médiocre, le pouls est à 104.

Je ne cache pas mes craintes au médecin ordinaire, qui prescrit des injections de caféine, des ventouses scarifiées sur les reins et le lait comme unique alimentation. J'y joins avec son autorisation, digitalis et gelsémium, 12.

Le soir même, le taux des urines était remonté à 900 gr., le lendemain à un litre 100, et trois jours après, après nous avoir considérablement effrayé, le malade pouvait être considéré comme guéri de son attaque d'urémie.

Quelles conclusions tirer de ces faits ? On en peut, selon moi, déduire deux, l'une au point de vue théorique, l'autre au point de vue pratique :

1° Au point de vue théorique, il est à remarquer que ces accidents où la surrexcitation est initiale, se manifestent presque toujours chez des malades ÂGÉS où nulle complication n'était à prévoir, la santé générale étant antérieurement très bonne et l'opération ayant eu lieu sans accident sérieux.

J'ai souligné à dessein le mot « *âgés* », car je suis, sur ce point, de l'avis de Trousseau et je crois comme lui que l'*âge* des malades est le facteur primordial des accidents. Les vieillards, en effet, comme le fait remarquer Trousseau, sont des êtres en équilibre instable, chez lesquels la moindre perturbation peut amener de graves incidents ; ils ont souvent un psychisme particulier qui les porte au dérèglement de leur imagination, quand il s'agit de leur santé, surtout de leur vision ; pour eux le moindre changement d'habitude est un gros trouble ; en plus, l'obscurité l'isolement relatif, le séjour prolongé au lit, la nouveauté d'un événe-

ment sérieux dans leur vie ordinairement réglée, ébranlent aussi leur système nerveux qui est seul responsable (le traumatisme opératoire étant à peu près nul), des accidents urémiques qui pourraient être dûs à des troubles sympathiques on a un spasme du système vasculaire des reins très insuffisants ».

2° Conclusion, pratique cette fois. Etant donné que neuf fois sur dix l'urémie secondaire est, non pas le résultat d'une véritable affection rénale préexistante, mais bien comme le disait Trousseau et comme l'a aussi très justement fait observer le professeur Dieulafoy, d'une sorte de paralysie réflexe de la fonction urinaire, — étant donné en outre que souvent l'affection prise à temps guérit, il faut, lorsqu'on opère un vieillard, *même* en *très bonne santé*, avoir présent à l'esprit cette urémie possible ; il faut ensuite réduire au minimum les chances d'excitation psychique, assurer des selles quotidiennes, favoriser la miction par des liquides ou des médicaments *ad hoc* ; il faut aussi distraire le malade, le rassurer, éviter qu'il ne s'effraye, le faire lever de bonne heure, lui laisser un œil libre aussitôt qu'on le pourra, lui faire prendre, dès le début, du lait, et enfin à la moindre menace de surrexcitation lui donner des calmants. . . . .

Quand l'urémie se dessine, la traiter par les moyens qui sembleront le mieux indiqués et qui naturellement varieront, suivant les cas. Le régime lacté exclusif, les ventouses sur la région des reins, aident puissamment l'absorption et la diffusion des remèdes.

Ceux que je recommanderai comme m'ayant rendu le plus de services sont arsenicum, glonoïne, belladone, hyosciamus et phosphore.

Dr Daniel Parenteau.

MATIERE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE

Les Venins des Hémiptères.

Les caractères communs aux venins des hémiptères (*Apis mellifica, Vespa et Formica refa*) sont : localement rougeur et tuméfaction de la peau, avec douleur brûlante, finalement, parfois, gangrène ; chez les sujets susceptibles ou après introduction de forte quantité de venin, il peut surgir des phénomènes généraux, tels que syncope, prostation, frisson, algidité, grande agitation, ou anesthésie, voire la mort.

Vespa

Vespa vulgaris et Vespa crabro

(Guêpe commune et Frelon.)

Bibliographie.

T.-F. Allen. *A Handbook of Materia medica*, Philadelphie, 1889.
J.-H. Clarke. *A Dictionary of practical Materia medica*, Londres 1900.
Farrington. *A clinical Materia medica*, Philadelphie, 1887.
R. Kobert. *Lehrbuch der Intoxicationen*, Stuttgart, 1906.
J. Langer. *Archiv f. experimentelle Physiologie*, t. XXXVIII, 1896.
O. v. Linstow. *Die Giftthiere und ihre Wirkung auf den Menschen*, Berlin, 1894.
C. Phisalix. *Antagonisme entre le venin des vespidae et celui de la vipère*, Comptes rendus de la Société de biologie, 1897.
W. Schwabe. *Pharmacopœa homœpathica polyglotta*, Leipzig, 1880.

I. — Généralités.

Guêpes et frelons sont assez connus pour ne pas comporter une description particulière. Leur venin comme celui de l'abeille, contient, indépendamment de l'albumine et de quelques sels inorganiques, de l'acide formique libre et une base toxique spéciale qui donne, avec les alcaloïdes, les réactions ordinaires. Il a une odeur complexe, forte et pénétrante rappelant celle de l'acide formique, et se présente sous forme de liquide clair et acide. La pepsine et la pancréatine le décomposent.

II. — Action toxique.

Les piqûres des frelons, notamment, provoquent une tuméfaction accompagnée d'excessif brûlement, sorte de bosse qui, à la face surtout, acquiert souvent des proportions considérables. A la langue et au cou, ces piqûres peuvent devenir dangereuses, par production d'œdème de la glotte avec menace de suffocation. Dans certains cas, suite de piqûre à la joue, il est survenu, pendant deux heures, une aphonie complète, avec urticaire par tout le corps. Par piqûre au cuir chevelu, on a constaté une syncope prolongée pendant deux heures et entrecoupée de secousses convulsives.

On a observé de la transpiration, de la diarrhée et des troubles de l'activité cardiaque. On a vu, également, de la méningite survenir à la suite de piqûres, et la mort arriver entre 5 minutes et 1 heure. Le danger est proportionnel au nombre des piqûres et au jeune âge du sujet. A l'autopsie, on a trouvé de l'hyperhémie des méninges, de l'exsudat séro-sanguinolent dans les ventricules cérébraux et parfois aussi de la pleurésie.

Pour parer à l'intoxication, scarifier le siège de la piqûre et la tamponner avec de l'ammoniaque caustique ; appliquer des compresses froides, de l'argile humide, des pommes de terre crues, de la vaseline phéniquée à 2 0/0, ou une solution de chlorure de chaux ; éventuellement, on fera la trachéotomie.

Phisalix nous apprend que le venin retiré des vésicules de 15 frelons, inoculé dans le corps d'un cobaye, a déterminé un abaissement de température de 4 degrés qui a duré trente-six heures. Au point d'inoculation, il s'est produit de la rougeur et de l'œdème qui a gagné l'abdomen, et s'est terminé par une mortification de la peau. Dans une expérience parallèle où la même dose de venin avait été chauffée à 80 degrés, pendant vingt minutes, il n'y a eu aucun accident général, et l'action locale s'est traduite par un gonflement faible et passager.

« Si au lieu du liquide retiré de la vésicule à venin des frelons, on inocule, à la dose relativement faible de 1 à 2 centimètres cubes, la macération glycérinée (15 gros frelons plus un certain nombre de guêpes communes, immergés dans 40 centimètres cubes de glycérine), on ne détermine pas de trouble appréciable, en dehors d'un œdème local qui, généralement, disparaît assez vite. Cependant l'organisme des animaux qui ont reçu ce venin de frelons, a subi des modifications telles, qu'elles le mettent en état de résister à une intoxication ultérieure par le venin de vipère. Cette résistance est telle qu'un cobaye ainsi immunisé peut supporter, sans le moindre danger, une dose de venin de vipère capable de tuer un témoin en 4 à 5 heures. La durée et l'intensité de cette immunisation varient suivant la dose du venin de frelons... Le venin de frelons possède aussi une légère action antitoxique contre le venin de

vipère ; inoculé en même temps que ce dernier, il retarde considérablement la mort.

« Quelle est la nature de la substance qui, dans ce mélange complexe, immunise contre le venin de vipère ? » Phisalix a essayé de le déterminer, sans y arriver complètement, et il conclut : « En résumé il existe dans le venin de frelons une substance qui a la propriété d'immuniser les animaux contre le venin de vipère. Cette substance n'est pas détruite par un chauffage à 120 degrés ; elle est, en partie, retenue par le filtre; elle est soluble dans l'alcool; ce n'est pas une matière albuminoïde, ce n'est pas non plus un alcaloïde ; la connaissance de sa véritable nature exige de nouvelles recherches. »

III. — Pathogénésie.

Elle est due à Hering et Berridge, qui après avoir expérimenté *Vespa crabro* sur un certain nombre de personnes, a établi que les venins de la guêpe commune et du frelon se correspondent dans leurs indications.

Symptômes généraux. Tremblement, frémissement avec claquements des dents. Excitation neuro-musculaire. Picotement comme par aiguilles pénétrant profondément, comme si on arrachait un harpon. Soudain picotement et brûlement à la joue, réveillant le malade de son sommeil (après piqûre à la joue). La partie piquée brûle, gonfle, rougit et brûle avec douleur. Soudaine douleur de déchirement, douleur tranchante, comme par choc électrique à travers toutes les articulations ; bras, tête et face tuméfiés, yeux rouges et tiraillés ; lignes rouges le long de la surface absorbante ; démangeaisons par tout le corps, insensibilité, vomissement, pouls faible ; action cardiaque à

peine perceptible. Sensation comme si le sujet allait mourir dans la nuit. Abattement ; incontinence nocturne d'urine, le sujet est terrassé par la douleur. Faiblesse ; tremblement et nausées pendant toute la journée.

Moral. Trouble, anxiété. Faiblesse d'esprit. Insensibilité. Inconscience avec incapacité de se mouvoir.

Sommeil : Nuit agitée. Insomnie.

Tête : Faiblesse et inconscience. La tête est envahie par une violente chaleur, avec malaise, étourdissement, le sujet tourne comme une toupie, jusqu'à ce qu'il tombe. Céphalalgie. Face et tête tuméfiées et enflammées. Chute des cheveux.

Yeux : Injection de la conjonctive droite, démangeaison à la paupière droite, suivie de douleur dans la paupière et dans le globe oculaire, inflammation érysipilateuse de la paupière ; tout le côté de la face est douloureux et tuméfié, chémosis presque complet de la conjonctive par-dessus la sclérotique, débordant la cornée de plus de moitié, comme si, au-dessus, il existait une matière grasse, le tout causé par un épanchement de lymphe ; un abcès s'ouvrit au côté interne de la paupière supérieure ; finalement le chémosis devint rougeâtre.

Oreille : Sensation de pointe profonde dans l'oreille droite. Catarrhe purulent de l'oreille moyenne.

Face : Livide, luisante, rouge, foncée, bouffie, œdématiée avec expression anxieuse. Douleur dans la joue, comme si elle était transpercée par des aiguilles rougies au feu; ces douleurs reviennent périodiquement et réveillent le sujet de son sommeil.

Appareil de la digestion : Langue gonflée et tendue ; le gonflement s'étend en dessous du menton, jusqu'à l'os hyoïde. La langue tuméfiée remplit la bouche entière, n'est

plus mobile, rendant difficiles parole et déglutition. Palais gonflé avec inflammation empêchant la respiration au point d'entraîner la mort. Bouche et gorge gonflées avec douleurs brûlantes, nausée, vertige, fièvre, délire et gonflement de la face, de la nuque, des bras ; de la poitrine qui semblent colorés en rouge. Goût particulier à la bouche, Amygdales hypertrophiées et sécrétant une matière caséeuse.

Faim, soif. Eructations. Nausée avec poids à l'estomac, avec sensation de faiblesse et tremblement. Vomissements avec gonflement de la tête. Sensation de froid ou de chaleur à l'estomac. Malaise abdominal.

Appareil de la respiration. Enrouement. Voix faible. Spasme de la gotte ; face pâle ; sueur perlant au front. Le sujet étend les bras pour chercher de l'air. Dyspnée. Respiration haletante.

Cœur et Pouls. Douleur au cœur. Battements de cœur faibles, presque imperceptibles. Pouls: rapide et petit, faible, avec violents battements des carotides.

Organes sexuels : Gonflement du scrotum et du pénis.

Douleur à la région ovarienne gauche. Règles intermittentes, parfois foncées, toujours accompagnées de douleur et de flatulence ; précédées de dépression mentale, douleur et constipation. Irritation à l'intérieur des parties sexuelles féminines.

Nuque et dos : Douleur dans le côté gauche de la nuque, réveillant la nuit, empêchant le sujet de se retourner, douleur à l'épaule, au siège de la piqûre. Douleur de torsion dans l'articulation de l'épaule, par mouvement.

Peau : Mains, pieds et poitrine rouges. Gonflement brillant des diverses parties du corps ; parfois le corps se recouvre d'un rash scarlatineux, d'urticaire, avec agitation

nocturne, chaleur, irritation, suivi d'œdème des paupières, face pâle et bouffie.

Taches lenticulaires, découpées, semblables au prurigo, par tout le corps. Ulcération. Desquamation. Abcès déterminant émaciation. Démangeaisons par tout le corps.

Fièvre. Chaleur avec sensation de malaise, vertige et syncope menaçante. Autour de la piqûre, la rougeur est entourée par un cercle de froid se changeant bientôt en froid général, intermittent, s'étendant par bouffées sur tout le corps.

IV. — Thérapeutique.

Moins étudié que le venin d'abeille, le venin de guêpe semble cependant, comme son congénère, exercer une action bien déterminée sur le système nerveux central et sur le domaine des nerfs sensitifs. Peau, muqueuses, œil et ses téguments, ainsi que l'appareil génito-urinaire féminin rentrent plus spécialement dans sa sphère d'action.

Caractéristiques sont : sensation d'arrachement d'un harpon situé profondément, de percement par des aiguilles rougies au feu, de suffocation, de mort, de froid autour de la piqûre, d'un instrument tranchant traversant, comme par choc électrique, toutes les articulations.

V. — Clinique.

Abcès multiples ;

Alopécie;

Inflammation de l'œil, avec épais gonflement de la conjonctive ;

Chémosis ;

Afflux de sang à la tête ;

Syncope ; vertige ;

Esquinancie ; spasme de la glotte ; glossite ;

Incontinence d'urine ;

Miction avec brûlement, chez les femmes ;

Ovarite gauche, avec sensibilité, urination fréquente, douleur au sacrum, avec sensibilité, urination fréquente,

Ulcère au col de l'utérus.

VI. — Mode d'emploi et doses.

Inconnu dans l'Ecole allothérapique, ce médicament est préparé par l'Ecole homéothérapique, en teinture avec l'animal entier écrasé vivant. La dose ordinaire est la 6e dilution centésimale.

Formica rufa.
(Fourmi rouge.)

Bibliographie.

T.-F. Allen. *A Handbook of Materia medica, Philadelphie*, 1887.

J.-H. Clarke. *A Dictionary of practical Materia medica*, Londres, 1900.

Ecalle, Delpech et Peuvrier. *Pharmacopée homœopathique française*, Paris, 1898.

Farrington. *A clinical Materia medica*, Philadelphie, 1887.

E. Hale. *New Remedies*, New-York et Philadelphie, 1875.

Henincke.*Handbuch der homöopathischen Arzneiwirkungslehre* Leipzig, 1880.

R. Kobert. *Lehrbuch der Intoxicationen*, Stuttgart, 1906.

O. v. Linstow. *Die Giftthiere und ihre Wirkung auf den Menschen*, Berlin, 1894.

G. Sieffert. *Formulaire de thérapeutique positive*, Paris et Leipzig, 1899.

I. — GÉNÉRALITÉS.

Le venin de la fourmi rouge est principalement composé d'acide formique HCO, OH. Schall y a, en outre, trouvé de l'indican, et Kobert affirme, en plus, l'existence d'un ferment.

L'acide formique coagule le lait, mais ne coagule pas l'albumine. Porté sur la peau, il détermine de la rougeur inflammatoire avec brûlement, légère sudation et desquamation ; par application prolongée, excoriation et sècheresse de l'épiderme.

Certaines fourmis possèdent un systtème de glandes cutanées, dont la sécrétion aurait une réaction, non acide, mais bien alcaline.

II. — ACTION TOXIQUE.

Les morsures des fourmis déterminent une sensation analogue à celle du contact par orties : la peau rougit, les piqûres de fourmis exotiques sont souvent très douloureuses ; la douleur s'irradie du siège de la morsure à travers tout le corps ; il se produit une sensation de paralysie et d'abolition de la sensibilité, avec frissons, fièvre et parfois syncope.

Chez certaines peuplades africaines, on fait sécher et l'on pulvérise les fourmis rouges, on mélange cette poudre avec de l'huile de palme, et l'on en enduit la pointe des flèches ; les blessures ainsi provoquées seraient rapidement mortelles. Dans la Guyane on utilise avec succès la morsure de grosses fourmis, pour ramener à la raison les hommes ivres ayant perdu conscience.

De fortes doses d'acide formique administrées aux la-

pins, provoquent une inflammation de l'estomac, du canal uréthral et des reins.

L'ammoniaque caustique est le meilleur remède pour neutraliser l'acide formique et calmer les douleurs causées par piqûres de fourmis.

III. — Pathogénésie.

Symptômes généraux. Accès de faiblesse et syncope, le soir ; faiblesse musculaire générale et épuisement ; grande sensibilité à l'air frais et tendance à se refroidir ; douleurs rhumatoïdes, dans diverses parties du corps, irradiant de gauche à droite du corps, soulagées par la pression. Pandiculations et bâillements fréquents.

Moral. Mauvaise humeur. Le sujet est oublieux, morose et craintif.

Etourdissement en essayant de se dresser debout.

Sensation obtuse, somnolence, avec lourdeur des paupières et inaptitude à étudier.

Tête. Hébètement et pression des deux côtés, entre les tempes et les oreilles.

Vive douleur au vertex. Céphalalgie à la partie postéro-supérieure et interne de la tête ; augmentée par le café et aggravée pendant qu'on se lave à l'eau froide. Céphalalgie le matin, au réveil, avec vomissements, points dans la poitrine. Vertiges ; paresse intellectuelle ; afflux de sang à la tête.

Face. Sensation de paralysie dans toute la partie gauche.

Yeux. Douleurs par accès dans le globe oculaire ; pléthore des vaisseaux de l'œil ; vue trouble ; états paralytiques temporaires de la vision.

Oreilles. Douleurs tiraillantes et piquantes dans le conduit auditif ; sensation de pression et de plénitude dans l'oreille, tintements et diminution de l'ouïe.

Nez. Eternuements et coryza fluent.

Organes de la digestion. Gencives enflammées et odontalgie. Douleur au palais ; difficultés de déglutition ; accumulation de mucus au gosier. Angine catarrhale. Vive soif. Goût fade.

Constante pression au cardia ave douleur brûlante.

Nausée avec céphalalgie et vomissement de glaires jaunâtres et amères, développement insolite de gaz dans l'estomac avec éructations, douleurs au foie et à la rate.

Coliques flatulentes: émission de nombreux vents fétides.

Selles molles, en bouillie, avec tranchées, diarrhée, ténesme anal sans évacuation. Pression au rectum, vive démangeaison à l'anus.

Constipation avec sensation de constriction à l'anus.

Organes de la respiration. Eternuements et léger coryza fluent. Enrouement et toux laryngée. Dyspnée. Points dans la poitrine par inspiration profonde. Congestion des poumons.

Palpitations et frémissements cardiaques.

Organes génito-urinaires. Urine albumineuse et sanguinolente. Besoin fréquent d'uriner avec émission abondante d'urine foncée et saturée.

Rougeur et gonflement du prépuce avec accumulation des megma. Douleur tiraillante passagère dans le pénis. Démangeaison au scrotum.

Instinct sexuel augmenté, fréquentes érections, pollutions, rêves voluptueux. Erection insuffisante pendant le coït.

Sensation de pression à l'utérus. Règle parcimonieuses et pâles, en avance de huit jours.

Membres. Douleurs rhumatoïdes au tronc et dans les membres, par endroits, avec tiraillements crampoïdes et contraction de groupes musculaires isolés.

Points brûlants aux bouts des doigts.

IV. — Thérapeutique.

Ce médicament a retrouvé naguère,un moment de vogue, dans l'Ecole allopathique, qui l'a employé comme reconstituant général. Cependant cet enthousiasme semble être rapidement tombé.

L'Ecole homœopathique, en raison de l'action de *Formica* sur les muqueuses et les nerfs d'origine spinale, n'a pas cessé d'y recourir, depuis les expérimentation de Constantin Hering. Elle se base, dans sa pratique, sur les caractéristiques suivantes : douleurs rhumatismales et goutteuses soudaines, changeant de place ; paralysies et spasmes ; sensation de cerveau trop lourd et trop volumineux ; sensation de rupture avec bouillonnement à la région frontale.

V. — Clinique.

Agalactie chez les nourrices.

Apoplexie et phénomènes apoplectiformes ;

Excitation morbide de la sphère sexuelle (aphrodisie, pollutions) ;

Diarrhée avec borbrygmes ; sensation de garde-robe incomplète avec épaississement et raideur de la muqueuse intestinale.

Rhumatisme et Goutte : douleurs des muscles et des tissus fibreux, des yeux, des oreilles ; douleurs soudaines aggravées par le mouvement, diminuées par la pression, plus spéciales du côté droit ;

Ophtalmie rhumatismale ;

Surdité (Hering) ;

Affections de la moëlle épinière (états paralytiques et spasmes) ;

Paralysie faciale ;

Néphrite avec albuminurie ; cystite ;

Angine catarrhale ; toux ; points de côté ;

Douleurs de la rate ;

Chute de cheveux ; démangeaisons à la peau.

VI. — Mode d'emploi et doses.

Dans la pharmacopée homœopathique, on prépare une teinture-mère avec les fourmis écrasées vivantes. Les basses dilutions sont le plus souvent usitées.

Dr G. Sieffert.

THERAPEUTIQUE

Traitement de la diphtérie et des paralysies consécutives par le sérum de Roux a doses intensives.

Ce travail a été publié dans le n° du 1er mai du *Bulletin Médical* sous la signature de MM. Méry, B. Weill-Hallé, et Parturier ; les auteurs de cette communication commencent par mettre en doute l'efficacité du sérum de

Roux au moins quand ce traitement est appliqué suivant la méthode employée habituellement dans les hôpitaux, et cette opinion s'appuie sur les insuccès donnés pendant une période de six mois par cette méthode des injections du sérum de Roux. Nos auteurs ont pu enregistrer 19 morts ; 3 malades ont succombé à la malignité même de l'angine, 9 aux paralysies de la convalescence, et 7 à des syncopes survenues alors que le malade paraissait guéri.

Devant un résultat aussi regrettable, nos auteurs ont soumis les malades à des injections intensives et continuées pendant la période paralytique jusqu'à 25 et 30 jours après la convalescence. Le résultat de ce nouveau mode d'administration a été fort remarquable : il n'y a plus eu aucun mort et la paralysie, quand elle s'est montrée, a presque toujours été très bénigne.

On pourrait remarquer que le sérum de Roux, administré à la dose accoutumée, de 10 à 60 cmc. suivant l'âge et l'intensité de la maladie, a souvent suffi pour la guérison de la diphtérie et que d'autres médications ont été très efficaces dans la cure des paralysies consécutives. Mais le mémoire que nous analysons pose la question en d'autres termes et démontre que l'intensité et la longue durée du traitement par les injections de sérum supprime toute mortalité, ce qui est immense, et suffit, quoique assez lentement, à la guérison des paralysies consécutives.

Voici la technique employée dans ce traitement intensif: pendant la *période aiguë*, injections quotidiennes de 40,50 et 60 cmc. de sérum ; quand les fausses membranes se détachent, l'amélioration s'affirme ; on peut réduire les injections à 20 cmc. et les espacer tous les deux jours.

Période paralytique. — Ce qui caractérise ce mode d'ad-

ministration du sérum de Roux, c'est la continuation des injections tous les jours, puis enfin tous les deux jours jusqu'à guérison complète de la paralysie. Quelques malades ont reçu jusqu'à 500 cmc. de sérum.

Pour quelles raisons le traitement par les injections de sérum doit-il être continué jusqu'à la disparition des paralysies, c'est-à-dire, pendant trois semaines, un mois et même plus ?

La première raison donnée par nos auteurs, c'est que le bacille de Lœffler persiste dans le naso-pharynx pendant plusieurs semaines après la disparition des fausses membranes, et que ce bacille constitue une source incessante de toxines qui entretient la paralysie.

On ajoute que la durée de l'immunité passive conférée par le sérum de Roux est limitée à 25 jours et qu'après ce temps, si les bacilles du naso-pharynx continuent à secréter des toxines, la maladie recommence.

Enfin on fait remarquer que si les injections sont pratiquées à petites doses et en séries rapprochées, il se développe un état anaphylaxique, qui ôte au traitement une grande partie de son efficacité.

Cette théorie chimique qui suppose une toxine et une antitoxine et qui les oppose l'une à l'autre, devait conclure logiquement à l'augmentation de la dose et à l'administration longtemps continuée du sérum que l'on qualifie de contre-poison de la diphtérie.

Nous n'avons pas le dessein de mettre en doute les propriétés du sérum de Roux dans le traitement de la diphtérie ; nous ne voulons pas contester non plus les bons effets résultant de l'augmentation des doses ; la disparition totale de la mortalité constitue une démonstration et de la valeur thérapeutique du sérum et de la nécessité des doses

fortes. Nous approuvons cette thérapeutique au moins pour la période aiguë, mais nous faisons nos réserves pour la période paralytique.

MM. Méry, Weill-Hallé et Parturier avouent eux-mêmes que la continuation de l'action du sérum pendant la période paralytique est loin d'être démontrée, et dans l'observation rapportée par ces auteurs les symptômes paralytiques les plus graves et les plus multipliés se sont perpétués fort longtemps, malgré la continuation des injections de sérum de Roux; la nécessité d'avoir recours à d'autres médicaments: strychnine, poudre des capsules surrénales, injections d'huile camphrée, électricité, démontre le peu d'efficacité pour ne pas dire plus, du sérum de Roux pendant la période paralytique.

Laissant de côté ces théories chimiques qui ne considèrent dans la diphtérie et son traitement, qu'une toxine et une antitoxine, et nous plaçant sur le terrain clinique et sur celui de la thérapeutique expérimentale, nous dirons : le sérum de Roux est une dilution de la toxique diphtéritique opérée dans l'organisme du cheval ; cette toxine diluée guérit la maladie qui l'a produite : « *Similia similibus curantur* » et elle guérit à doses atténuées puisqu'elle est le résultat d'une élaboration opérée dans l'organisme du cheval. La guérison de la diphtérie opérée par le sérum de Roux appartient donc à la thérapeutique homœopathique par la loi de similitude et les petites doses.

Le mémoire que nous venons d'analyser semble démontrer que l'élévation des doses de sérum est une condition favorable à la guérison de la diphtérie à sa période aiguë. Il ne prouve rien quand à l'efficacité du sérum dans le traitement des paralysies consécutives ; cette complication est beaucoup plus heureusement modifiée par la *noix vo-*

mique, *le gelsemium*, *le causticum* et les autres médicaments homœopathiques. L'électricité est aussi un moyen thérapeutique tout puissant dans ces cas là.

Ce mémoire semble démontrer que l'augmentation de la dose du sérum de Roux accroît les vertus thérapeutiques de ce moyen. Nous constatons ce résultat sans vouloir en faire une règle générale.

Dr P. Jousset.

REVUE DES SOCIETES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Traitement des sténoses du larynx par la laryngostomie et la dilatation caoutchoutée, d'après M. Sieur. M. Périer, rapporteur.

(*Séance du* 13 *avril*.)

L'auteur du mémoire rapporte deux cas de sténose du larynx chez deux soldats antérieurement trachéotomisés d'urgence, l'un pour morsure de cheval avec fracture du larynx, l'autre pour une phlegmasie grave du larynx au cours d'une fièvre typhoïde.

Abandonnant les moyens variés qu'offrent la dilatation intense, sans intervention sanglante et les interventions sanglantes par voie interne avec ou sans dilatation, M. Sieur eut recours à l'intervention sanglante par voie externe, suivie de la dilatation caoutchoutée. L'opération, trachéotomie, consiste en la création d'une véritable bouche laryn-

gée provisoire, ou même trachéo-laryngée, destinée au passage des dilatateurs.

Ceux-ci doivent être en caoutchouc rouge, et l'on augmente lentement et progressivement leur calibre jusqu'à ce que les diamètres du larynx aient atteint des dimensions suffisantes. Cela s'obtient lentement, surtout très difficilement et péniblement chez les sujets qui, comme le second malade doivent leur sténose à des lésions infectieuses. Mais quelque lenteur qu'on apporte à ce traitement il n'en est pas moins radical et jusqu'ici demeure le meilleur mode de vaincre les sténoses laryngées.

LE TRAITEMENT CURATIF DES SPASMES GRAVES DE L'ŒSOPHAGE, par MM. GUISEZ et DELHEM. M. PÉRIER, rapporteur.

Les auteurs font intervenir dans ce traitement l'œsophagoscopie à deux reprises différentes. Une première fois à titre de moyen de diagnostic. Elle seule en effet peut donner tous les renseignements qui feront distinguer le spasme de l'œsophage d'une sténose néoplasique par exemple ou d'une compression de voisinage. De plus elle pourra renseigner sur l'état de la poche sus-jacente au rétrécissement. Elle montrera le siège cervical ou cardiaque de la sténose.

Le diagnostic établi, l'œsophagoscope servira encore à franchir l'obstacle pour établir la dilatation et sera la meilleur sauvegarde contre des fausses routes si faciles, grâce à la poche de dilatation surmontant le rétrécissement.

Les auteurs ont ainsi soigné 11 cas dont 9 à grande poche de dilatation tous guéris ou en voie de guérison.

DES RÉACTIONS REVACCINALES ET DE LEUR SIGNIFICATION. — (*Séance du 20 avril.*)

M. Kelsch, en collaboration avec MM. Camus et Taria a communiqué à l'Académie un travail sur les signes locaux développés par les revaccinations et sur la signification à donner à ces signes.

Les signes de réaction fournis par les revaccinations se montrent sur la plupart des sujets revaccinés, puisque sur 1.557 sujets, 108 seulement n'ont présenté aucune réaction. Quelques-uns ont offert des pustules plus ou moins typiques de la vaccination légitime, les autres étaient affectés de papulo-vésicules, de papules ou de simples macules.

L'intérêt de ce travail c'est que la plupart des revaccinés ne fournissent à l'observation que des éruptions mal caractérisées et désignées à tort par un grand nombre de médecins, sous le nom de fausse vaccine. Or, ces éruptions, si primitives et élémentaires qu'elles soient méritent le nom de vaccine véritable, puisqu'elles immunisent le sujet vacciné, contre la petite vérole.

En résumé, les efflorescences papuleuses ou papulo-vésiculeuses sont la modalité clinique la plus commune des réactions revaccinales. Elles apparaissent du deuxième au troisième jour après l'inoculation, et s'éteignent, sans laisser de traces appréciables, du cinquième au septième. Réduites aux proportions d'un nodule ou d'une papule, elles ne sont point toujours inoculables ; mais les observations que nous venons de vous soumettre ont mis leur spécificité hors de cause, et celles dont elles ont été l'objet dans l'armée pendant de si longues années ont démontré leur pouvoir immunisant vis-à-vis du porteur. Le vaccinateur ne

leur demande pas autre chose, et nous pouvons d'ailleurs lui affirmer que le succès de ses réinoculations est aussi sûr que celui de ses primo-vaccinations. Mais si, nous abandonnant aux suggestions des faits, nous nous élevons au-dessus de cet objectif d'ordre purement pratique, nous nous trouvons en face d'un organisme, qui, loin de devenir réfractaire aux impressions vaccinales par les inoculations coup sur coup, est au contraire hypersensibilisé, anaphylactisé à leur égard par ces dernières. Il répond, par une réaction constante, précoce, et écourtée aux revaccinations en séries, il est rigoureusement comparable, pour sa sensibilité anormale, à celui qui a été soumis aux injections successives de sérums. Envisagée dans cette direction, la revaccination nous ouvre des perspectives peu explorées encore et d'une haute portée théorique. C'est ainsi que ce sujet si restreint en apparence dans sa conception purement clinique, nous amène à aborder par la méditation des faits et leur comparaison avec des observations similaires, les points de vue les plus élevés de la pathologie générale. Nous avons déjà développé cet ordre d'idées dans notre dernière communication, et nous comptons bien y revenir.

Pour aujourd'hui, nous nous sommes simplement proposé de faire ressortir que les réactions revaccinales sont aussi constantes que celles des primo-vaccinations, qu'elles sont spécifiques et préservatrices comme ces dernières, et que, précoces, écourtées, fugitives, frustes enfin, dans leur expression clinique, elles sont exposées à échapper à une observation qui ne demeure pas en éveil pendant les deux ou trois jours qui suivent l'inoculation.

LES ÉMIGRANTS ET L'OPHTALMIE GRANULEUSE A PARIS. (*Séance du 27 avril.*)

MM. CHANTEMESSE et VALUDE ont signalé à l'Académie le danger que les émigrants de Russie, de Pologne, de Palestine et l'Egypte, font courir à la santé publique à Paris. Les émigrants souvent porteurs d'ophtalmie granuleuse endémique dans leur pays, contaminent chaque année un certain nombre de parisiens.

DE LA PRÉVENTION DE LA CÉCITÉ DANS LE TRAVAIL. — (*Séance du 4 mai 1909.*)

M. MOTAIS, d'Angers, a communiqué à l'Académie un travail très documenté et fort important sur les accidents dont sont si souvent victimes les ouvriers employés dans les *métiers applicants* et dans les *métiers dangereux*. L'auteur fait remarquer que ce nombre d'ouvriers est considérable, qu'il atteint presque 2.000.000, que, par conséquent, il est de la plus grande importance de réglementer le travail qui expose les travailleurs à une cécité complète ou incomplète. M. Motais résume son long travail dans les conclusions suivantes :

RÉSUMÉ ET CONCLUSIONS

Au point de vue oculaire, les métiers applicants comprennent, en France, plus de 1.500.000 ouvriers des deux sexes, qui usent leurs yeux dans des conditions d'hygiène le plus souvent défectueuses.

Les métiers dangereux comprennent au moins 1.750.000 ouvriers exposés à des accidents oculaires graves par des poussières et des vapeurs irritantes ou caustiques et par

des corps étrangers, tels que des éclats de fer, d'acier, de bois, de charbon, etc.

En fait, un nombre considérable d'ouvriers, hommes et femmes, sont atteints, chaque année, de lésions oculaires dues au travail, produisant la cécité ou la demi-cécité, tout aussi désastreuse que la cécité complète pour l'ouvrier, qui ne peut plus gagner sa vie, et pour l'Etat, qui est obligé de le soutenir.

Cet état de choses cause les plus graves préjudices :

Aux patrons, aux Compagnies d'assurances et aux Compagnies de chemins de fer, par la perturbation dans le travail et les indemnités élevées qu'il entraîne ;

Aux ouvriers eux-mêmes, par une mise à la réforme prématurée ; par la perte de leur salaire, que ne compensent ni les indemnités d'accidents, ni les secours de l'Etat ; par la difficulté, pour les vues simplement affaiblies, de trouver du travail ;

A l'Etat, en grevant notamment son budget d'assistance.

Or, il serait possible de prévenir, dans une très large mesure, ces tristes résultats.

Dans ce but, j'ai l'honneur de proposer au Comité les vœux suivants :

MÉTIERS APPLICANTS.

Installation matérielle des ateliers.

Le § 5 de l'article 5 du décret du 29 novembre 1904 sera précisé :

I. *Eclairage diurne.* Le règlement établi d'après la Commission supérieure de l'hygiène de la vue de 1881, pour les écoles primaires, sera appliqué aux ateliers.

II. En rapport avec cet éclairage, les métiers, machi-

nes, etc., seront disposés de telle sorte que la lumière arrive à l'ouvrier latéralement et principalement du côté gauche.

III. *Eclairage artificiel.* Une Commission sera nommée pour en fixer les règles, suivant les divers modes d'éclairage.

IV. Lorsqu'une fraction seulement des ouvriers fait le travail du soir, on groupera les foyers lumineux et on rassemblera au-dessous les ouvriers, pour en augmenter l'intensité de l'éclairage sans augmenter les dépenses.

V. Les inspecteurs du travail seront chargés de la surveillance de l'hygiène oculaire des ateliers. En cas de difficultés, ils auront recours à l'avis du spécialiste, sous l'autorisation directe du Préfet.

Hygiène de l'ouvrier dans les métiers applicants.

Le Comité émet les vœux suivants :

I. Le § 3 de l'article 2 de la loi du 2 novembre 1892 sera strictement appliqué au point de vue oculaire.

Aucun enfant âgé de moins de treize ans ne pourra être admis au travail dans les établissements ci-dessus visés s'il n'est muni d'un certificat d'aptitude physique *délivré, à titre gratuit, par l'un des médecins chargés de la surveillance du premier âge ou l'un des médecins inspecteurs des écoles ou tout autre médecin chargé d'un service public désigné par le Préfet.*

II. Des brochures seront distribuées aux ouvriers dans les ateliers, contenant les recommandations suivantes :

A) Pour peu que les yeux des enfants semblent faibles, les parents ne doivent pas leur faire apprendre un métier applicant sans demander conseil à un oculiste.

B) Tous les ouvriers qui travaillent à un métier applicant, et particulièrement les couturières, doivent garder

une attitude droite. L'attitude généralement en usage est dangereuse pour les organes essentiels : cœur, poumons, estomac, dont elle gêne le fonctionnement par la flexion forcée du thorax ; dangereuse pour les yeux auxquels elle impose une fatigue excessive.

C) Dans le travail à domicile, on se placera, pendant le jour, près d'une fenêtre, le jour venant de gauche ; le soir, on s'éclairera avec une lampe à pétrole de 16 lignes au moins, pour trois personnes au plus, munie d'un abat-jour non transparent, abaissé au-dessous des yeux, la lampe étant placée à 50 centimètres en avant et un peu à gauche.

D) Dans les cas de fatigue oculaire ou d'abaissement de la vue, l'ouvrier consultera un oculiste sans retard.

III. Des conférences ou causeries de l'inspecteur ou, mieux de l'oculiste compléteront cette éducation hygiénique de l'ouvrier.

MÉTIERS DANGEREUX.

Le Comité émet le vœu :

I. Que les inspecteurs du travail surveillent particulièrement la prescription réglementaire qui exige l'aération des ateliers à poussières par tous les moyens pratiques : ouverture de fenêtres, vasistas, ou, mieux, appareils d'aspiration. Dans le même but, des lavabos, convenablement installés, seront mis à la disposition des ouvriers.

II. En plus de quelques appareils de protection exceptionnels (tôles pour le moulage), la prescription des lunettes, déjà réglementaire pour quelques industries, sera étendue à tous les métiers exposant à la projection de corps étrangers dans les yeux (burinages de toutes sortes, piquages de meules, taille et casse des pierres, escarbilles des mécaniciens et chauffeurs de chemins de fer, etc.).

III. Dans les métiers exposant à des éclats lumineux excessifs les ouvriers feront usage de lunettes à verres jaunes orangés.

IV. A la brochure et aux conférences destinées aux métiers applicants, on ajoute une note pour insister près des ouvriers des métiers dangereux sur l'utilité des moyens de préservation et sur le danger d'une négligence à cet égard.

Dans le travail que j'ai l'honneur de soumettre à l'Académie je n'ai point eu la prétention d'épuiser une question aussi vaste, aussi importante et j'ajouterai aussi neuve. J'ai voulu seulement vous en exposer les grandes lignes, pour vous en faire comprendre l'intérêt et éveiller votre bienveillante attention.

Nos protégés sont au nombre de plusieurs millions ; les accidents qui les atteignent chaque jour sont extrêmement fréquents et souvent très graves ; enfin, ils vont devant eux, peu ou point défendus, livrés à leur ignorance et à leurs préjugés ; et, lorsque la cécité les atteint, la misère les prend du même coup, inexorable, eux et leur famille.

TRAITEMENT DE L'OPHTALMIE DES NOUVEAU-NÉS PAR LE PROTARGOL.

Dans la même séance, M. Motais, d'Angers, a communiqué à l'Académie le résultat de ses recherches sur un nouveau traitement de l'ophtalmie gonococcique.

Voici son mode de traitement : Lavage des yeux dès qu'une petite quantité de pus apparait entre le bord des paupières, ce lavage se fait avec un tampon d'ouate hydrophile imbibé d'une solution tiède de permanganate de potasse à 0 gr. 25 p. 100.

A ces lavages, j'ajoute : dans les cas légers, 4 fois en

24 heures, 2 gouttes d'une solution de 1 gr. de protargol dans 5 grammes d'eau distillée.

Dans les cas plus graves, je me sers d'une solution de protargol à 1 gr. pour 5 gr. toutes les 3 heures. Sous l'influence de ce traitement la maladie rétrocède et l'ulcération cornéenne guérit.

M. Lagrange, de Bordeaux, vient défendre l'ancien médicament de l'ophtalmie purulente des nouveaux-nés : le nitrate d'argent. Il le croit préférable toutes les fois que la cornée est saine ; il emploie des solutions faibles au 1/100, au plus, au 1/75, précédés de grands lavages au permanganate de potasse au 1/2.000, mais si la cornée est ulcérée, il remplace le nitrate d'argent par le protargol.

De la septicémie gonococcique.

M. le professeur Dieulafoy a communiqué à l'Académie de Médecine dans sa séance du 18 mai, un fort intéressant mémoire sur ce qu'il appelle la *septicémie gonococcique*.

Sous ce titre, inspiré par les idées du jour, M. Dieulafoy nous a fait connaître une affection fort rare puisqu'il n'en trouve que 67 observations dans la science, et que nous appellerons, nous, la fièvre blennorragique.

Cette fièvre, qui a les allures et la durée de la fièvre typhoïde, présente une telle ressemblance avec cette dernière, qu'au début, il est difficile d'éviter une erreur de diagnostic ; la prostration, le mouvement fébrile intense, la diarrhée, une éruption qui à son début ressemble à l'éruption de la fièvre typhoïde, l'hypertrophie de la rate, constituent un complexus pathologique si ressemblant à la fièvre typhoïde, que généralement il en impose pour cette dernière; mais, les sueurs abondantes, quelquefois des arthri-

tes et surtout un endocardite à forme maligne, donnent à la maladie son caractère particulier.

Le séro-diagnostic propre à la fièvre typhoïde fait défaut, le bacille d'Eberth manque, et le gonocoque est en abondance dans le sang et dans les produits morbides tels que : expectoration et broncho-pneumonie, épanchement pleurétique, etc.

En résumé, M. Dieulafoy nous a fourni les éléments de la description d'une quatrième fièvre continue que nous appellerons de son véritable nom ; *fièvre blennorragique*, nom très suffisant pour caractériser la maladie, et qui n'a pas l'inconvénient de présenter un système comme celui de septicémie gonococcique.

Dr P. JOUSSET.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

I

DANGERS DES INJECTIONS DE STROPHANTINE.

(*Séance du 2 avril*). — A propos du procès-verbal de la séance précédente, M. Hirtz vient rendre compte de son expérience personnelle des injections intra-veineuses de *strophantine;* il n'a pas constaté les effets si remarquables rapportés par M. Vaquez; il a même observé un cas de mort survenu une demi-heure après une injection intraveineuse chez un asystolique d'origine pulmonaire, scléreux et très cyanosé.

Il croît plus prudent de s'en tenir à des injections *intramusculaires* et non sous-cutanées ; ces injections ne sont

pas douloureuses et M. Hirtz a observé des résultats très appréciables.

Il se sert de la *Strophantine cristallisée de Catillon* qui lui paraît préférable à la strophantine amorphe qui vient d'Allemagne.

MM. Chauffard et J. Troisier ont expérimenté l'action de la strophantine chez quatre malades : l'un d'eux a retiré de cette médication un bénéfice remarquable ; un second n'a nullement été amélioré ; les deux autres sont morts peu de temps après l'injection de l'alcaloïde.

Le premier malade, âgé de trente six ans, était atteint d'insuffisance mitrale d'origine rhumatismale ; il entre à l'hôpital le 1er mars en pleine crise d'asystolie, le visage cyanosé, les jugulaires turgescentes, les membres inférieurs légèrement œdématiés ; dyspnée violente ; arythmie cardiaque ; râles aux deux bases ; foie volumineux.

Pendant trois jours, repos et régime lacté. Urines à 500 gr., poids, 64 kilos, pouls à 110.

Le 4, injection intra-veineuses d'un milligramme de *Strophantine amorphe ;* amélioration très rapide ; les urines montent à 1 litre, 2 litres 500, 3 litres ; le poids tombe à 58 kilos.

L'amélioration se maintient.

Le second malade ne fut pas modifié.

Le troisième mourut peu après l'injection, mais il était arrivé moribond à l'hôpital.

Le quatrième, au contraire, était en pleine crise d'asystolie consécutive à une insuffisance mitrale pure, sans artério-sclérose, sans altération rénale, paraissant dans d'assez bonnes conditions. Une heure après l'injection intra-veineuse d'un demi-milligramme de *Strophantine cris-*

tallisée, sensation générale de froid avec dyspnée ; puis nausées et vomissements ; pouls vif et rapide ; convulsions des yeux, raideur des membres et mort.

Cette observation de mort n'est pas la seule, M. Vaquez cite une série d'auteurs qui en ont observé de semblables, dans ces conditions, il faut considérer cette pratique comme dangereuse et M. Chauffard ne se reconnaît pas le droit de continuer l'essai thérapeutique d'une médication aussi périlleuse.

M. Barbier rappelle une communication de M. Mayor à la Société de thérapeutique (1) sur le danger très grand auquel exposent les injections intra-veineuses de *Strophantine*.

II

Frémissement hydatique transthoracique, et perçu par le malade, dans un cas de volumineux kyste hydatique de la convexité du foie.

M. Chauffard présente un malade atteint d'un volumineux kyste hydatique de la convexité du foie, remontant jusqu'au niveau du mamelon droit et faisant une énorme voussure qui soulève en avant la moitié inférieure du plastron costal droit.

Ce qui rend ce cas particulièrement intéressant, c'est que le frémissement hydatique se présente dans des conditions très spéciales.

Si on recherche le frémissement à la partie antérieure de la voussure, par le procédé classique de la percussion sur un des doigts écartés de la main gauche, le résultat

(1) Voir compte rendu de la Société de thérapeutique.

est négatif. Pour obtenir la sensation vibratoire, il faut, de préférence sur le malade debout, placer la main gauche en travers sur *la partie postérieure du thorax*, au-dessous de la pointe de l'omoplate, et avec l'index de la main droite *percuter légèrement en avant*, au niveau de la cinquième ou de la sixième côte, et *sur la côte elle-même*. On perçoit alors nettement une série de petites *vibrations ondulatoires* très nettes, un vrai frémissement hydatique. La même manœuvre, faite en sens inverse (percussion postérieure et palpation antérieure), donne un résultat beaucoup plus douteux.

Si l'on recherche le *signe du sou*, on constate que l'auscultation postérieure du bruit de percussion, en avant, des deux pièces de monnaie, donne un *son métallique clair*, bien différent du bruit sourd, « de bois », que l'on perçoit du côté sain.

D'autre part signalons ce fait curieux et que je n'avais encore jamais observé : le frémissement hydatique provoqué est *perçu par le malade*, qui le compare à une ondulation liquide, telle, dit-il, que celles qui se produisent à la surface d'une eau que vient de frapper une pierre.

Telles sont les deux particularités, nouvelles croyons-nous, que présente dans ce cas le frémissement hydatique : on ne le constate que *par voie transthoracique*, et il donne lieu à une *autoperception* très nette par le malade.

III

Essais de traitement de quelques cas d'épithélioma de l'œsophage par des applications locales directes de radium.

MM. Guisez et Barcat font une communication sur ce

sujet ; nous ne feront que la signaler en disant qu'ils espèrent obtenir ainsi une amélioration des accidents ; leurs observations sont encore trop récentes et trop incomplètes pour pouvoir établir des conclusions nettes.

Ils se servent de deux tubes d'argent contenant, l'un 1 centigramme, l'autre 5 centigrammes de bromure de radium. Ce tube est fixé au fond d'une sonde en gomme, de manière que les rayons émanés du radium ont à traverser le métal et la gomme, avant d'agir sur l'épithélioma ; séance de trois à six heures.

IV

Apoplexies laryngées au cours des cirrhoses hépatiques.

(*Séance du 23 avril.*) — MM. Debove et F. Trémolières ont observés chez un malade atteint de cirrhose hépatique avec ascite (treize ponctions) des hémorrhagies diverses : pétéchies, épistaxis, hémorrhagies intestinales et laryngées.

C'est à propos de ces dernières hémorrhagies assez rares qu'ils ont pensé à communiquer l'histoire de leur malade.

En juin 1908, Marie Ch... fut prise brusquement d'une laryngite hémorrhagique, dont voici l'histoire détaillée. Elle s'était couchée un soir la voix absolument claire : le lendemain, elle se réveilla complètement aphone ; elle ne pouvait se faire entendre ; sa toux, non douloureuse, était éteinte. Elle ne souffrait pas, se plaignait seulement de quelques chatouillements laryngés. Elle rejetait parfois, en toussant, de petits crachats de sang noir. Au bout de deux mois, l'aphonie fit place à un enrouement très marqué, qui persista, plus ou moins accentué, jusqu'au mois

de janvier 1909. La voix est aujourd'hui claire, mais encore faible.

Au mois de décembre 1908, examen laryngoscopique par le Dr Le Marc'Hadour. Le larynx est un peu rouge ; l'épiglotte même est couverte de petites suffusions sanguines et a une apparence de sécheresse semblable à celle qu'on remarque dans le pharynx des brightiques et des diabétiques. Ce qui est surtout caractéristique, c'est l'aspect des cordes vocales, qui se présentent non plus comme deux rubans blancs, mais comme deux épaisses lignes noires ; elles sont recouvertes de petits caillots ; sous la muqueuse, une suffusion sanguine correspond à l'étendue des deux cordes.

Les auteurs ont trouvé deux observations analogues, l'une de M. Le Marc'Hadour, l'autre de M. Lubet-Barbon.

Ces hémorrhagies laryngées peuvent se rencontrer dans des cirrhoses différentes (deux malades étaient atteints de la cirrhose de Laënnec, un de la cirrhose d'Hanot).

La longue durée des crachements de sang, l'état d'épuisement du malade pourraient faire penser à de la tuberculose et faire méconnaître la cirrhose ; l'examen laryngoscopique montrant qu'il s'agit d'une hémorrhagie et non d'infiltration tuberculeuse, établira le diagnostic.

V

Sur une nouvelle discomycose cutanée.

(*Séance du 30 avril*). — MM. Ravaut et Pinoy ont observé dans le service de M. Thibierge, un malade qui a présenté une série d'abcès dus à la suppuration de nodules profonds primitivement sous-cutanés, intramusculaires, et même osseux. Dès le début des accidents on pouvait éli-

miner la syphilis et la tuberculose, mais il était impossible de dire s'il ne s'agissait pas de sporotrichose ou d'actinomycose. On finit par trouver un parasite, un discomyces voisin du discomyces Israëli.

Comme pour l'actinomycose, l'iodure de potassium a eu une influence favorable comme traitement.

Dr Marc Jousset.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

Action combiné du régime et des ferments lactiques dans le traitement des entérites.

M. Bize a établi des séries d'expériences sur les cobayes, injectant à ces animaux des matières fécales de sujets diversement nourris. Il en conclut :

1° La virulence des cultures de matières fécales varie selon le milieu : si l'on tentait d'établir une échelle de virulence on pourrait placer en première ligne les cultures dans le bouillon peptonisé ordinaire, puis les cultures dans le lait.

Se sont montrées beaucoup moins virulentes les cultures dans le babeurre, les milieux lactosés et les décoctions de céréales.

2° L'atténuation de virulence peut être accrue par l'addition, aux milieux, de culture de ferments lactiques.

3° Nous avons expérimenté simultanément le streptobacillus Lebeni, le bacille bulgare et le symbiose du bulgare avec le bifidus.

Nous n'avons pas observé de différence appréciable dans

l'activité de ces divers ferments. Les cultures liquides et les comprimés ont été d'efficacité sensiblement équivalente.

4° Au point de vue pratique, ces expériences tendent à démontrer tout d'abord l'importance du régime hydro-carboné dans les affections intestinales. Il semble de plus en plus établi que le lait n'est pas à recommander lorsque les putréfactions intestinales prédominent. Peut-être même y aurait-il lieu de substituer au lait, soit le babeurre, soit les décoctions de céréales dans certaines affections aiguës du tube digestif, telles que la fièvre typhoïde, les ictères, etc. Nous ne parlons pas, bien entendu, de l'entérite muco-membraneuse, ni des gastro-entérites aiguës de l'enfance ; pour ces affections, la question est jugée depuis longtemps.

Quant aux ferments lactiques, ils agissent dans le même sens que le régime hydrocarboné auquel ils doivent être associés et dont ils renforcent l'action. Leur rôle est important parce qu'ils permettent d'agir plus énergiquement et plus rapidement. Ils peuvent contribuer à abréger la période de diète sévère qui n'est pas toujours inoffensive, surtout dans les grandes villes. En outre il est probable qu'ils diminuent les chances de récidive en substituant à une flore microbienne très virulente une flore microbienne moins pathogène.

Deux nouveaux cas de guérison de cirrhose alcoolique par l'opothérapie et la diurèse.

M. Hirtz rapporte deux cas de guérisons de cirrhose alcoolique. L'une atrophique, l'autre hypertrophique ; malgré le titre de la communication la lecture des observations semble montrer que l'opothérapie (extrait hépatique en cachets de 10 centigr., 4 par jour) n'a pas eu un grand

rôle, elle avait même été abandonnée, tandis que l'amélioration, suivie de guérison, a succédé à l'emploi des diurétiques, théobromine, et pilules bleues du codex, c'est-à-dire *Mercure*.

De l'injection dans la veine des médicaments cardiotoniques

M. A. Mayor, de Genève, pense que dans des cas très graves, on est autorisé à chercher une action thérapeutique rapide par des injections intra-veineuses. Mais ses expériences lui ont montré que ces injections intra-veineuses, tantôt favorables, tantôt inactives, sont d'autres fois suivies de mort rapide, sans que rien puisse faire prévoir à l'avance laquelle de ces éventualités va se produire, ce qui est bien près de condamner la méthode. Elle serait particulièrement dangereuse dans les cardiopathies artérielles ; en tout cas, il faut se garder de recommencer après un essai infructueux, car l'aggravation est alors de règle. L'auteur préconise la digitaline, rejetant absolument la caféine et les strophantines.

Traitement de la goutte par les ponctions articulaires.

Depuis plusieurs années MM. A. Lumière et Gélibert traitent l'accès de goutte aiguë par la ponction aseptique de l'articulation ; les résultats immédiats sont la suppression brusque de la douleur, la chute très rapide de la température fébrile, et la terminaison définitive de l'accès.

Pour ce qui est des résultats éloignés, ils trouvent que les accès deviennent moins nombreux et moins violents et qu'il ne se forme pas de dépôts articulaires. Ils conseillent d'attendre qu'une grande articulation soit le siège du mal. et de ponctionner dès que la présence du liquide est évi-

dente. Le liquide retiré est très toxique, toxicité qui semble dûe à des matières albuminoïdes. Il provoque une hyperthermie considérable, propriété qui n'est pas détruite par la chaleur. Il ne contient pas d'acide urique.

D[r] PAUL TESSIER.

SOCIETE DE BIOLOGIE

LE BACILLE DE KOCH EN ÉMULSION DANS LA GLYCÉRINE. — (*Société de Biologie*, 5 *mars* 1909.)

Les bacilles de la tuberculose dans une solution de glycérine à 80 pour 100, maintenus à l'étuve à 37 degrés, et agités fréquemment, sont profondément modifiés. Au bout de plusieurs semaines, au microscope, on ne rencontre plus que des formes altérées, quelques bâtonnets au milieu de matière amorphe. Cependant, ces différentes substances amorphes sont toujours nettement acido-résistantes, comme les bacilles de la tuberculose. De plus, cette émulsion, quand elle est âgée d'une semaine ou davantage, reste absolument stérile pour le cobaye, et, chose remarquable, les cobayes qui ont subi ces inoculations, ont acquis une immunité très marquée.

PERSISTANCE DE LA FONCTION D'UN REIN APRÈS SA REPLANTATION. (*Société de Biologie*, 13 mars 1909.)

Le rein gauche d'une chienne fut enlevé, placé dans un bocal rempli de la solution de Loke à la température du laboratoire, replanté sur le même chien après cinquante minutes. Quinze jours après le rein droit fut réséqué. Plus

d'un an après cette double opération, le chien est dans un état parfaitement normal, ce qui prouve que le rein transplanté suffit à ses fonctions physiologiques.

De la signification de la réaction des lépreux a la tuberculine. (*Société de Biologie*, séance du 18 mars 1909.)

Notons d'abord que les lépreux peuvent être en même temps tuberculeux, et que dans ce cas, il n'est pas étonnant qu'ils réagissent à la tuberculine. La séro-réaction avec la tuberculine n'est point une preuve, parce que c'est un phénomène inconstant. En résumé, un grand nombre de lépreux réagissent à l'injection de la tuberculine ; mais, chez ces lépreux, l'élévation de la température n'apparaît que 24 heures après l'injection et quelquefois même, seulement après plusieurs injections. Cette réaction est donc plus tardive que celle des tuberculeux, elle a une durée plus longue et souvent rémittente.

La réaction locale est aussi plus tardive, moins violente que chez les tuberculeux, souvent elle n'apparaît qu'après plusieurs injections.

Retenons qu'elle conduit à une amélioration de la lésion locale.

Association des microbes du groupe coli dans certaines maladies présentant un caractère typhique. — (18 mars 1909.)

Ce travail est un modèle des connaissances bactériologiques unies à une ignorance clinique incroyable. A côté de description de microbes et de toutes les réactions qu'ils présentent, vient une observation clinique, qui n'a touché nos auteurs que parce qu'elle contient la description d'un microbe *alialigène* et trois variétés de *coli*.

Ce microbe alialigène et ces trois variétés de coli n'ont pas permis à MM. Babès et Péohrasco, de reconnaître que l'enfant de quatorze ans qui a sucombé dans leur hôpital, était un simple tuberculeux.

SUR LA KÉRATITE TUBERCULEUSE EXPÉRIMENTALE. (18 mars 1909.)

L'injection de matière tuberculeuse ou de culture de bacilles tuberculeuse, d'origine humaine, présente la succession des phénomènes suivants :

Au bout de quelques jours la substance inoculée dans la cornée transparente est résorbée, et la cornée rédevient absolument transparente pendant une période de trois jours à un mois.

Pendant cette période dans laquelle la cornée est absolument transparente, on ne trouve habituellement sur les cornées coupées en série, aucun bacille ; au bout de plusieurs mois la couche intérieure de la cornée est infiltrée par des leucocytes mono et polynucléaires ; il existe aussi de nombreuses néoformations vasculaires. Dans les couches moyennes on trouve des centres de névroses, et, les couches postérieures sont épaissies et fibreuses ; les lésions ne pénétraient, ni dans l'intérieur de l'œil, ni dans l'organisme. D'où il faut conclure que l'inoculation de la tuberculose d'origine humaine, entre les lames de la cornée, produit des lésions d'infiltration et d'ulcération analogues à la kératite ulcéreuse et sans tendances à la généralisation.

REPRODUCTION EXPÉRIMENTALE DES TACHES ROSÉES LENTICULARIES (27 mars 1909.)

En injectant sous le derme quelques gouttes d'une dilu-

tion très faible de toxine typhique, (une dose de toxine dans 25 cmc. d'eau salée), on reproduit une tache rosée typique, identique à la tache rosée spontanée du malade, cette tache est de très courte durée et s'efface au bout de 24 à 48 heures.

RÉACTION DES COBAYES TUBERCULEUX A L'IODURE DE POTASSIUM. (27 mars 1909.)

Les cobayes tuberculeux réagissent aux injections d'iodure de potassium. Des expériences ont démontré que la dose compatible avec la vie, pour un cobaye pesant 400 grammes était de 0 gr. 75 d'iodure de potassium. Pour obtenir la réaction chez les cobayes tuberculeux, on fait des injections de 10 centigr.et la réaction de 1 degré à 1 degré 1/2 se produit au bout de 7 à 8 heures et dans une douzaine d'heures. Si on continue les injections d'iodure, on constate que la seconde et la troisième donnent des réactions plus fortes, puis, ensuite, il y a accoutumance.

DE LA VALEUR PRÉVENTIVE DU SÉRUM ANTI-TÉTANIQUE. — (27 mars 1909.)

Ce travail de M. Fayet est la confirmation de ce que nous savions déjà sur la valeur préventive du sérum anti-tétanique.

M. Fayet, en 1908, a systématiquement employé contre toutes les plaies des membres, et, particulièrement contre toutes les blessures de pieds, le sérum à titre préventif à la dose de 1, 2 et 3 flacons. Sur 215 blessures diverses, ayant pour siège les membres, et 130 blessures du pied, presque toutes occasionnées par des « clous de rue », le résultat a été : aucun cas de tétanos.

Cette communication n'a pas besoin de commentaires.

Dr P. JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX FRANÇAIS

La dégénérescence amyloïde des reins, par le Dr Castaigne (*Presse Médicale*, 1909.)

M. Castaigne dans cet article trace l'étude pathogénique et clinique de la dégénérescence amyloïde du rein.

Le fait clinique de la fréquence de la néphrite amyloïde chez les malades porteurs d'une suppuration chronique est devenu vulgaire. M. Castaigne dans cet article expose la pathogénie de cette lésion. Il rappelle que toutes les fois qu'une albumine hétérogène est introduite dans l'organisme c'est-à-dire une albumine qui n'a pas la même composition que celle du sang, cette albumine doit être détruite ou rejetée au dehors.

Le premier effet produit par l'introduction d'une albumine dans la circulation est une vaso-dilatation périphérique très remarquée, condition très favorable pour l'élimination de cette albumine. Cette élimination ne se fait pas exclusivement par la voie rénale ; la plupart des tissus se chargent de cette dépuration nécessaire, en sorte que si la quantité d'albumine à éliminer est en petite quantité, et si le rein est sain, cette élimination a lieu sans qu'il y ait production d'albuminurie.

Mais si l'albumine introduite dans la circulation est en quantité notable, l'élimination se fera en grande partie par le rein qui ne tardera pas à être lésé et à devenir le siège d'une néphrite épithéliale.

Le fait qui sert de base à l'étude pathogénique de M. Castaigne est une pleurésie purulente chronique, mais qui a pour caractère particulier d'avoir pour cause le streptocoque et par conséquent d'être facilement absorbable par la plèvre. Nous avons donc d'une part un foyer purulent constitué de telle sorte qu'il est facilement absorbable et par conséquent fournit à la circulation une grande quantité d'albumine étrangère qui s'éliminera par le rein, y déterminera bientôt une néphrite chronique hydropigène et déposera dans le parenchyme rénal une matière amyloïde qui en résumé n'est autre chose qu'une albumine.

Mais toutes les pleurésies purulentes ne s'accompagnent pas d'albuminurie ni de néphrite, par cette raison qu'il y a des épanchements purulents dans lesquels le pouvoir absorbant de la plèvre est nul, les épanchements à pneumocoque ou à bacille de Koch par exemple, et dans ces cas la circulation est défendue contre l'envahissement des albumines hétérogènes.

Nous avons dit que l'élimination du pus par le rein provoquait des lésions épithéliales ; « mais de plus l'albumine laisse un témoignage de son passage en encrassant pour ainsi dire les artères qui l'ont charriée, c'est ce qui contribue la dégénérescence amyloïde ».

Nous laissons à l'auteur la responsabilité de cette explication mécanique.

La descendance des paralytiques généraux. (*Bulletin médical*, 28 avril 1909.)

M. Gilbert Ballet, l'éminent clinicien de l'Hôtel-Dieu, a fait sur ce sujet une communication à l'Académie. De ce que, sur 50 enfants de paralytiques généraux, et âgés de 15 à 30 ans, 7 seulement présentent quelques tares ner-

veuses, il conclut que les descendants des paralytiques généraux ne présentent pas plus de symptômes névropathiques que s'ils descendaient de générateurs ayant eu le cerveau broyé par un accident. Or, c'est là une erreur.

En admettant, ce que je pourrais contester, que tous les cas de paralysie générale sont spécifiques, il faut une raison pour faire comprendre la localisation cérébrale, choisie par le tréponème ou les produits qu'il a sécrétés.

Ne l'oublions pas, les localisations de la maladie spécifique sont très variées ; le système osseux, la peau, les muqueuses, les différents viscères peuvent être le siège de ces affections ; et comme rien ne se fait au hasard en pathologie, la localisation cérébrale doit avoir aussi sa raison d'être. Cette raison d'être est précisément la prédominance fonctionnelle du cerveau. Ce sont les sujets dont le cerveau est le plus développé et dont les fonctions cérébrales sont les plus actives, qui sont les intimes de cette localisation.

La périencéphalite diffuse, qui caractérise la paralysie générale, se développant sur des sujets dont le système encéphalique est prédominent, il faut en conclure que les descendants de ses paralytiques présenteront, à des degrés divers, la prédisposition encéphalique propre à leurs générateurs.

Ce résultat est une conséquence de l'hérédité physiologie et pathologique, commune à toutes les espèces vivantes.

Méningite épidémique traitée par le sérum antiméningitique. — (*Gazette des Hôpitaux*, 22 avril 1909.)

Sur 393 cas, la mortalité a été réduite à 14 p. 100, quand

l'injection a pû être pratiquée du 1er au 3e jour — elle s'est élevée à 22 p. 100 avec des injections du 4e au 7e jour — plus tard, la mortalité a atteint 36 p. 100, d'où nous devons conclure que les guérisons sont en rapport avec la précocité de l'injection du sérum antiméningococcique. Une autre remarque ; c'est que la mortalité diminue beaucoup après deux ans et surtout après cinq ans.

La méningite cérébro-spinale dans l'armée. — (*Bulletin Médical*, 24 avril 1909.)

Il résulte du travail du Dr Noël sur la méningite cérébro-spinale épidémique qu'il n'est plus possible de considérer le méningocoque comme la cause unique de cette maladie.

L'examen bactériologique a démontré qu'un grand nombre de microbes : *le micrococcus catarrhalis, le diplococcus sicus, le diplococcus pharingis flavus*, etc. Un grand nombre d'autres, jouent le rôle de pathogènes dans le développement de la méningite épidémique.

Si d'un autre côté, on veut bien considérer que beaucoup de personnes portent dans leurs fosses nasales le méningocoque et que ce microbe reste chez eux un hôte absolument inoffensif, tout en conservant la propriété de contagionner les personnes qui vivent dans le même milieu ; si l'on ajoute que les méningites à méningocoque peuvent être guéries par le sérum antidiphtéritique, on sera obligé d'admettre que les méningocoques n'ont sur la production de la méningite épidémique, qu'une importance secondaire et bien inférieure à celle du terrain, ou, pour parler plus scientifiquement, de la disposition présentée par les malades.

SÉROTHÉRAPIE CONTRE LE RHUME DES FOINS ET L'ASTHME.

M. Billard, professeur à l'Ecole de Clermont Ferrand, et M. Maltet, ancien chef de laboratoire des cliniques de Lyon, publient dans la *Gazette des Hôpitaux* du 6 mai, un très intéressant travail sur la pathogénie et le traitement du rhume des foins.

Nos auteurs commencent par établir que la fièvre des foins est bien nommée, et que le coryza qui la caractérise est produit par la pénétration des graines de pollen échappées des fleurs et qui voltigent dans l'atmosphère.

Au contact de l'humidité des muqueuses des premières voies respiratoires, ces graines de pollen se gonflent, se brisent, et expulsent la toxalbumine irritante qui détermine le catharre oculo-nasal.

On objectera que, dans une population respirant une atmosphère chargée de pollen, un certain nombre d'individus subissent l'influence nocive et présentent la succession des phénomènes qui constituent l' « hay-fever ».

Nos auteurs répondent à cette objection en faisant remarquer que toutes les causes pathogènes ont besoin pour se développer de rencontrer un bon bouillon de culture et c'est-à-dire une prédisposition à contracter la maladie.

La clinique a démontré depuis longtemps que chez les sujets prédisposés à contracter la fièvre des foins, la maladie s'aggravait chaque année et présentait ainsi un bel exemple de l'anaphylaxie.

L'histoire de la fièvre des foins, est de plus, une belle démonstration de l'action des choses infinitésimales, puisque, avec le 40.000e de milligramme de la toxalbumine, née de ces pollens, on obtient une conjonctivite caractéristique.

Sérumthérapie. — Pour préparer ce sérum, on injecte dans le péritoine d'oies ou de canards, des grains de pollen d'un très grand nombre de plantes ; ces animaux, ensuite, ont produit le sérum destiné à combattre la fièvre des foins. Ce sérum réussit presque toujours et les échecs qu'on a observés s'expliquent ainsi : l'accès de fièvre des foins avait été produit par un pollen qui n'était point entré dans la technique destinée à préparer le sérum immunisant.

Nous ne trouvons pas dans cet article des détails suffisamment explicites sur les doses employées.

MÉNINGOCOCCÉMIE SANS MÉNINGITE. — (*La presse Médicale*, 8 mai 1909.)

Comme nous professons l'opinion que les microbes, tout en pouvant jouer le rôle de cause instrumentale dans la genèse des maladies, sont absolument gouvernés par la prédisposition de l'organisme à contracter une maladie définie, nous ne saurions être surpris de la présence des méningocoques dans le sang, coïncidant avec l'absence complète de méningite. Ici, la prédisposition manque, le terrain n'est pas disposé pour la germination de la méningite, et le méningocoque va produire dans l'organisme les affections les plus diverses, sans que les méninges soient touchées.

Les observations rapportées par M. Bovair, et dans lesquelles le méningocoque a circulé dans le sang des malades sans produire de méningite, se rapportent à des états assez mal définis, et que, malheureusement, la description de leur auteur ne nous permet pas de caractériser.

Nous regrettons beaucoup que M. Bovair qui a suivi

les malades n'ait pû arriver à faire un diagnostic ferme, en sorte que, on peut dire, que le travail de M. Bovair ne prouve qu'une chose, c'est que la méningocoque peut se rencontrer dans des états fébriles extrêmement graves, sans que les méninges soient touchées.

La description assez confuse des symptômes présentés par les quatre malades qui font la base de ce mémoire, nous porterait à penser qu'ils ont été atteints de la forme maligne du purpura hémorragique. Mais l'auteur du mémoire semble tellement satisfait de la désignation de « *méningococcémie* » appliquée aux états pathologiques de ses quatre malades, qu'il ne faut pas lui demander de faire un diagnostic. Aujourd'hui, il y a une tendance à créer de nouveaux noms de maladies, noms empruntés aux microbes pathogènes, en sorte que nous avons des méningococcies, des staphylococcies, des streptococcies et toutes les coccies imaginables ; et avec tout çà, on perd le sens clinique, et on devient incapable de faire un diagnostic.

De l'ostéo-myélite vertébrale.

Nous trouvons dans le n° du 12 mai de la *Presse Médicale*, un article de M. Kirmisson sur l'ostéo-myélite vertébrale. La difficulté du diagnostic de cette affection tient surtout à sa rareté, d'où un caractère d'étrangeté pour le médecin qui la rencontre pour la première fois dans sa pratique. C'est pour cette raison que nous avons tenu à reproduire en partie le travail si clair et si bien exposé du médecin des enfants.

Au point de vue clinique, l'affection peut se présenter sous deux aspects absolument différents.

Dans une première forme, ce sont les symptômes généraux qui dominent ; le malade, ordinairement un adolescent, soit après un traumatisme, soit sans causes connues, présente un état général grave ; mouvement fébrile intense, prostration considérable, allure de fièvre typhoïde, en sorte que sans un examen attentif, la véritable nature de la maladie passerait inaperçue.

Les recherches dirigées du côté de la colonne vertébrale permettent de constater l'existence d'une tumeur fluctuante, fusiforme, étendue le long du rachis, le plus souvent dans la région lombaire, mais pouvant cependant occuper la région dorsale et même la région cervicale. Nous l'avons dit, cette tumeur est fluctuante, et une ponction exploratrice permet de reconnaître la nature purulente de son contenu.

Dans une autre catégorie de cas, le complexus symptomatique est tout différent ; le mouvement fébrile est nul ou à peine marqué, la marche de la maladie est lente, et à un examen superficiel, on croit l'enfant atteint d'un mal de Pott.

Dans cette forme, les lésions locales occupent pour ainsi dire toute la scène morbide. C'est la tumeur fusiforme, fluctuante, couchée le long de la colonne vertébrale et pouvant aller du sacrum au scapulum. La forme particulière et le siège de la tumeur sont des signes caractéristiques : un symptôme important signalé par M. Lannelongue est le développement dans les téguments de réseaux veineux, circulation collatérale qui vient compenser l'oblitération des veines rachidiennes intra-osseuses ; si on ouvre largement ces abcès, on donne issue à un flot de pus épais et gélatineux ; le fond de la poche repose sur l'aponévrose des mus-

cles profonds et pénètre jusqu'aux vertèbres ; tantôt ce sont les arcs postérieurs des vertèbres qui sont atteints, tantôt c'est le corps même de ces os, et dans ce dernier cas, le pronostic est plus grave, parce qu'une intervention radicale n'est guère possible.

Le mal de Pott est la seule affection qui puisse être confondue avec l'ostéo-myélite vertébrale. L'existence d'une gibbosité, la forme et le siège et les abcès par congestion permettront toujours de distinguer les deux maladies.

Le pronostic est fort grave et la mort fréquente dans cette forme de l'ostéomyélite. Cependant si la maladie est reconnue à temps, il y a bien des chances de guérir le malade. Il faut ouvrir largement la tumeur et après avoir évacué le pus et nettoyé le sac on cautérise à l'acide phénique pur, neutralisation à l'alcool et drainage ; bien se garder, comme dans toute ostéo-myélite de toucher aux os.

Dr P. JOUSSET.

INTOXICATION PAR INFUSION DE BADIANE. — (*Bulletin médical du 12 mai.*)

MM. Balthazar et Ogier ont présenté à la Société de médecine légale l'observation d'une famille empoisonnée par une décoction de *Badiane*.

La *Badiane* ou *Anis étoilé* n'a pas la réputation d'un médicament dangereux, et on a coutume d'en user sans aucune précaution. Cependant toute une famille a présenté des symptômes d'empoisonnement pour avoir bu après dîner un verre d'une forte infusion de *Badiane*. Voici les symptômes rapportés dans l'observation : Dans la nuit qui

a suivi le repas, vomissement initial, puis perte de connaissance, convulsions épileptiformes, ayant déterminé la morsure de la langue. Rétablissement complet au bout de 48 heures.

Remarquons que l'infusion de *Badiane* absorbée par les malades avait été faite à une dose 50 fois plus forte que celle qui est en usage.

Ce fait démontre les propriétés convulsivantes de la *Badiane*, et comme cet ombellifère entre dans la composition de la liqueur d'absinthe, il faut lui attribuer une partie de l'influence convulsivante que possède cette liqueur.

Nous avons tenu à rapporter ce fait pour mettre le médecin en garde contre les propriétés toxiques de l'*Anis* et de ses variétés et aussi pour compléter jusqu'à un certain point la pathogénésie de ce médicament. En effet, dans le résumé de la pathogénésie de *Badiane*, dans la collection Roth, il n'est question, ni de pertes de connaissances, ni de convulsions.

L'observation rapportée par MM. Balthazar et Ogier est d'autant plus démonstrative que les mêmes symptômes ont été présentés par toute une famille. Il y a donc là une démonstration directe de l'action toxique de la *Badiane*.

VARIETES

Anniversaire de la naissance de S. Hahnemann.

Un grand nombre de médecins homœopathes de Paris et de province se sont réunis chez Marguery pour fêter notre maître Hahnemann ; quelques confrères de l'Ecole Of-

ficielle avaient bien voulu se joindre à nous ; au dessert, plusieurs toast ont été portés.

Dr Léon Simon :

Messieurs,

Heureusement pour ceux que vous appelez à l'honneur de présider nos banquets, la personne d'Hahnemann est assez richement douée et son œuvre assez vaste pour qu'on en puisse parler indéfiniment sans jamais se répéter. Ainsi nous allons célébrer aujourd'hui ses mérites littéraires, sur lesquels je ne crois pas que personne ait encore appelé votre attention. Comme ma conférence serait ici fort déplacée, nous limiterons notre sujet et, après avoir envisagé les écrits du Maître sous leurs aspects les plus dissemblables, nous boirons à *Hahnemann professeur, journaliste et romancier.*

Professeur, il le fut dans toute la force du terme et l'on peut dire qu'il n'a jamais eu que deux ambitions : guérir, enseigner. Il le fit même en latin, l'usage de cette langue n'étant pas encore tombé en désuétude dans les universités. Vous, qui avez lu le *De viribus medicamentorum positivis*, vous pouvez témoigner que, comme latiniste, il valait largement ses contemporains.

Vous savez qu'il avait un faible pour les aphorismes. Cette manière de présenter ses idées est essentiellement didactique, néanmoins la forme aphoristique est bien décriée, de nos jours ; elle a, comme on dit, une mauvaise presse. Certains psychologues n'ont-ils pas été jusqu'à la dénoncer comme un indice de débilité mentale et comme un signe précurseur de folie ? Nous convenons sans peine

que Pascal et Nietzsche ont mal fini, mais combien d'autres, à commencer par Hippocrate, ont conservé toute la vie leur robustesse intellectuelle!

Je me permettrai cependant d'adresser à Hahnemann un léger reproche, celui d'avoir volontiers négligé l'art de composer. Il y a une esthétique littéraire, dont notre sens artistique ne saurait se désintéresser. Si je m'attarde un peu sur ce terrain, c'est qu'il y a des artistes dans cet auditoire. Vous avez tous vu, dans nos salons de peinture et de sculpture, des œuvres signées Daniel Parr et François Cartier. Il y a même des poètes parmi nous. Eh bien ! je le leur demande, n'était-ce pas pour eux un plaisir extrême d'esquïsser leur pensée maîtresse, de grouper autour d'elle les détails propres à lui donner du relief et à la mettre en valeur, de façon à réaliser un ensemble harmonieux, où l'on ne pût rien ajouter, rien retrancher, rien déplacer, sans en altérer les proportions et en compromettre la beauté ? Si j'osais, je dirais que celui qui n'a pas goûté au moins une fois pareille jouissance, ne connaît pas le bonheur de vivre. A coup sûr, il ignore celui d'écrire.

A Hahnemann journaliste :

Je ne vous le donne pas pour un reporter, révuiste, soiriste, lundiste ou feuilletoniste. C'est sans doute par hygiène qu'il fuyait le rez-de-chaussée. La politique ne l'intéressait guère, il avait le caractère trop entier pour la traiter sans danger. Et puis n'oublions pas qu'il était un personnage quasi-officiel. En sa qualité de conseiller aulique, il appartenait au tout Kœthen. Je ne sais si cette dignité lui donnait droit à des insignes et à un habit brodé. L'histoire ne le dit pas et ses portraits nous le montrent obstinément revêtu de sa légendaire robe de chambre bordée de fourrure.

Il n'a donc collaboré qu'à la presse scientifique et encore, même dans ce domaine, il ne faut pas lui demander de se tenir à l'affût de l'actualité. Son esprit réfléchi ne saurait se résoudre à livrer au jour le jour des articles hâtivement écrits. C'est dans les Annales de Crell, dans la Bibilothèque médicale de Blumenbach, dans le Journal d'Hufeland, qu'il faut chercher sa signature ; et son essai sur un nouveau prince, le plus intéressant pour nous, homœopathes, est un modèle de mémoire rédigé pour une revue médicale sérieuse.

A Hahnemann romancier.

Voilà une qualification à laquelle vous ne vous attendiez guère. Et pourtant lisez, ou plutôt relisez, cette charmante nouvelle intitulée : *Une chambre d'enfants.* Ce n'est pas un tissu d'aventures à la suite desquelles le héros et l'héroïne se marient et ont beaucoup de rejetons. C'est tout simplement une tranche de vie ; la tranche est même un peu mince. Ici la fiction n'a pour but que de servir de parure aux vérités scientifiques que l'auteur veut présenter à ses lecteurs. A ce titre la *Chambre d'enfants* pourrait passer pour un essai rudimentaire du genre qui a illustré Jules Verne ou, mieux encore, pour un lointain prologue des *Avariés.* Car ce sont bien des avariés, ces pauvres avortons croupissant dans une atmosphère confinée, surchauffée, à côté de la servante qui fait la lessive et des langes du petit dernier qui sèchent devant le poêle. En moins de huit pages Hahnemann a su nous dépeindre les manquements à l'hygiène de l'enfance avec les arrêts de développement, les infirmités qui en sont la conséquence et la sanction. En un style concis et humoristique il poursuit méthodiquement son récit, sachant soutenir l'intérêt jusqu'au bout et ménager habilement ses effets.

Vous voyez combien ses talents étaient variés. Aussi je pourrais, si je me laissais aller, prolonger encore cet entretien sans vous servir le mot de la fin, que vous attendez avec impatience. Ce mot, je l'emprunte à un jeune homme qui terminait ainsi une lettre à son ami en villégiature au bord de la mer : Dites à l'océan qu'un grain de sable le salue. Et l'écho nous répète cette phrase, que lui rapporte la brise encore vibrante du murmure des flots : Samuel Hahnemann, une poignée de grains de sable le salue.

Dr P. Jousset :

A l'homœopathie de demain.

Messieurs,

Aujourd'hui la loi de similitude a pénétré la thérapeutique et la majorité des médecins accepte avec cette loi, la matière médicale expérimentale et l'usage des petites doses ; en sorte que, à l'exception des doses infinitésimales, on peut dire que l'homœopathie règne sur la thérapeutique.

L'action des doses infinitésimales reste, malgré les preuves tirées de la sérumthérapie et de l'histoire des métaux à l'état colloïdal, un problème qui attend sa solution.

Ce sera l'œuvre de l'homœopathie de demain et nous ne doutons pas que la clinique et surtout le laboratoire ne parviennent à jeter sur cette question une clarté qui exclut le doute.

A la solution du problème des doses infinitésimales par l'homœopathie de demain.

Dr Conan :

C'est aujourd'hui la fête d'Hahnemann, qu'elle soit pour nous également une fête de confraternité, d'union dans un effort commun pour affranchir l'humanité de l'escla-

vage de la maladie, juste et noble cause qui passionne à bon droit le public. Il sent confusément qu'en dehors des grandes affections organiques, tous ces êtres dont il est entouré, ces anémiques, ces névrosés, ces impulsifs, ces chemineaux, ces hystériques, ces menteurs, ces voleurs au pire sont des dégénérés, des êtres malades ; conception qui sans supprimer la responsabilité, l'atténue et surtout la déplace. Qui ne sait parmi nous que la médecine qui correspond à ces états divers est la nôtre, puisque seule elle a étudié physiologiquement les médicaments dans leur action organique et psychique, question sociale par conséquent qui se posera plus nettement encore demain, liée étroitement à la question scientifique, à la guérison des maladies par la loi complète des analogues et du semblable ou le dérivé du semblable : isopathie, pastorisme, sérothérapie, opothérapie, homopathie en un mot (le mot est d'Hahnemann), c'est notre loi à nous que l'on applique plus ou moins bien sans doute, mais que l'on applique.

Petite phalange du progrès, armée d'avant-garde, ferment thérapeutique que nous sommes, nous devons à notre maître de rester unis en face de contradicteurs, d'adversaires qui ont contre notre méthode et nous-même des préventions injustifiées, parce qu'ils ne la connaissent pas, ne nous connaissent pas ou nous méconnaissent. Nous sommes donc d'accord sur la loi, mais nous différons sur son mode d'application, homœopathie unitaire ou complexe, sur les doses. Ah ! ces doses ! Quel sujet de discussions longtemps encore continuées. A leur propos, on a parlé de mysticisme. Messieurs, prenons garde de sourire et de condamner hâtivement sous peine de recevoir de la leçon des faits, supérieure à toute théorie, à tout rationalisme, un éclatant démenti. Et voyez comme il est imprudent de préjuger et de condamner d'avance. Hahnemann lui-même a

plutôt désapprouvé l'isopathie (sœur cadette de la loi du similia) avec une apparence de raison pour l'époque où il écrivait, et cependant c'est par cette porte et par le pastorisme que l'homœopathie commence à pénétrer dans le monde médical officiel en attendant qu'elle s'impose peu à peu à lui.

Spiritualisme et matérialisme d'idées sont ici en présence et si nous sommes en désaccord, nous homœopathes, sur cette question, comment ne pas comprendre que des cliniciens de valeur qui n'ont pas vu suffisamment, qui n'ont pas expérimenté suffisamment, qui n'ont pas notre mentalité soient éloignés de nous précisément à cause des doses que leur rationalisme ne s'explique pas.

Pour ma part, sans vouloir blesser personne, ni aucune conviction, je crois que nous devons accepter la formule *Omni dosi*, mais avec cette réserve basée sur la clinique, sur l'observation impartiale, scientifique, sans auto-suggestion que l'étendue des doses curatives est infiniment plus grande que certains esprits même parmi nous ne l'admettent, allant au delà de la 30e dilution, c'est-à-dire de l'unité suivie de 60 zéros.

Restons donc sur le terrain solide qui nous réunit tous, celui de la loi du similia, laissant à chacun le soin de s'instruire cliniquement et de se faire une opinion scientifique et motivée ; gardons-nous aussi d'être trop officiels (je sais que sous ce rapport nous n'avons pas été gâtés), mais enfin ne nous affligeons pas outre mesure de ne pas l'être encore.

J'ai lu dernièrement dans une revue ce mot *officiel* appliqué à l'un de nos journaux. Je préfère inscrire à sa place ceux de science toujours progressive, de liberté, de tolérance.

Messieurs, je porte un toast au plus grand génie médi-

cal qui ait paru, à Hahnemann, plus grand suivant ma conviction qu'Hippocrate et Galien ; à Hahnemann, mystique ou non mystique, notre maître à tous, le créateur de la thérapeutique positive et scientifique, de celle d'hier, d'aujourd'hui et surtout de celle de demain.

Dr MARC JOUSSET :

A nos confrères de l'Ecole officielle,

Je bois non seulement à ceux dont la présence au milieu de nous nous est si agréable, à ces chirurgiens, accoucheurs, médecins d'eaux minérales, spécialistes, qui nous prêtent avec tant de bienveillance leur concours.

Je bois ausi à ceux de nos confrères qui font de la médecine générale, tant à ceux qui nous tendent une main amie, à ceux qui comprennent et acceptent jusqu'à un certain point nos doctrines thérapeutiques, qu'à ceux qui sont encore éloignés de nous ; j'ai longtemps espéré voir un jour le rapprochement si nécessaire entre les deux fractions du corps médical; malgré le mouvement sympathique qui s'est fait vers nous dans ces dernières années, je crains bien que, comme Moïse, nous n'entrerons pas dans cette nouvelle terre promise ; mais j'espère que nos enfants auront la bonne fortune d'y pénétrer.

Un des médecins de l'Ecole officielle, qui a fait quelques pas vers nous avec une complète indépendance, m'a adressé la lettre suivante en m'autorisant à vous la communiquer.

Chalet du Bascain, par Cravant (Yonne).

Le 16 avril 1909.

Mon cher collègue et ami,

Par une lettre-circulaire que je reçois aujourd'hui à la campagne où je prends un peu de repos, vous voulez bien

me convier au banquet commémoratif de la naissance de Hahnemann. Je serai de retour à Paris avant le 24 avril; mais, je crains que l'état de ma santé peu atteinte cependant (ceci dit pour vous rassurer), m'empêche de me joindre, et vous savez aussi qu'il m'est presque toujours impossible d'assister aux banquets du soir. C'est pourquoi je vous écris cette lettre dont vous pouvez donner connaissance à vos collègues. Elle leur montrera, comme à vous, que si je ne suis pas présent par ma personne, je le serai par la pensée.

Un médecin « allopathe » (quel vilain mot!) osant tendre la main à des médecins homœopathes (quel autre vilain mot !), ayant l'audace de bégayer maladroitement quelques-uns des principes d'Hippocrate et de Hahnemann, mais c'est l'abomination de la désolation !...

Les mots, un peu tyranniques, nous séparent; les faits nous rapprochent. La loi des semblables indiquée par Hippocrate, établie par Hahnemann, a été confirmée d'une façon éclatante par Pasteur. Et voilà trois noms qui deviennent en quelque sorte inséparables. C'est une triple alliance qui en vaut bien d'autres.

Seulement (il y a un seulement!) l'étudiant persévérant de 46e année que je suis se refuse encore à accepter les yeux fermés, les infinitésimalités (quel mot difficile à écrire et à prononcer !) parfois excesives, sans limites, et comme perdues auxquelles quelques-uns d'entre vous ont parfois recours. Comme chez nous, vous avez, je le sais, votre extrême droite et votre extrême gauche, en vertu de cette faiblesse de notre esprit bien énoncée par cette formule : on tombe toujours du côté où l'on penche ; et par cette autre : « L'esprit humain est comme un homme ivre à cheval ; quand on le relève d'un côté, il retombe de l'autre. »

Que vos collègues ne s'offusquent pas de mes paroles qui n'ont pas la prétention d'être des conseils. Elles m'ont déjà valu quelques attaques de leur part, un peu injustes, en tout cas inopportunes. A mon âge, on ne marche que lentement, on s'avance à pas comptés, ce que l'on doit toujours faire en s'inspirant de ce précepte : *Scientia non facit saltus*. Je ne fais que balbutier sur une thérapeutique que je connais mal encore.

Surtout, ne répétez pas, comme vous l'avez dit vous-même dans l'*Art Médical*, que l'on doit bien accueillir « nos avances ». De part et d'autre, nous n'avons aucune avance à nous faire. Dans la recherche de la vérité qui appartient à tout le monde, nous ne devons nous préoccuper que d'une chose : l'observation des faits. C'est elle, beaucoup plus que la dispute des hommes qui doit nous guider, nous rapprocher et nous unir. Les deux médecines ne s'excluent pas, et votre vénéré, votre glorieux père a tenté de le démontrer naguère dans un de ces écrits qui font honneur à sa parfaite perspicacité comme à son grand sens clinique.

Et je termine cette trop longue épître par un vœu bien sincère : la réconciliation d'Hippocrate et de Galien.

Votre bien dévoué,

H. HUCHARD.

J'ajouterai peu de choses à cette lettre qui est au moins une preuve de sympathie et une adhésion relative à nos doctrines.

Quant aux critiques sur les termes d'allopathe et d'homœopathe, je reconnais que ce sont des expressions peu esthétiques, mais telles qu'elles sont, elles représentent bien la réalité des choses, et je ne vois pas que nous puissions facilement y renoncer.

A nos confrères de l'Ecole officielle !

TABLE DES MATIÈRES

A

B

C

O

P

R

Le Propriétaire-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Imprimerie A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*

L'ART MÉDICAL

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE	NOSOGRAPHIE
ANATOMIE	ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE	SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE	ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

CINQUANTE-CINQUIÈME ANNÉE
TOME CIX

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
12, RUE DE BOURGOGNE, 12

1909

L'ART MEDICAL

JUILLET 1909

HOPITAL SAINT-JACQUES

FONDÉ PAR LA

SOCIÉTÉ MÉDICALE HOMŒOPATHIQUE

DE FRANCE

Assemblée générale des bienfaiteurs

LE 9 MAI 1909

Le Dr P. Jousset, président de la commission administrative, rappelle les résultats favorables produits par le traitement homœopathique dans nos salles de médecine ; les services que nos salles gratuites ont rendus et rendront encore à la population pauvre de la ville de Paris; les services que nos chambres payantes bon marché, que nos petites salles rendent à la partie moyenne et peu fortunée de la population de Paris et de la banlieue.

Notre Maison de santé, annexe de notre hôpital, qu'elle contribue à faire vivre, répond à un besoin ; elle permet aux personne de condition peu aisée de trouver des soins analogues à ceux des maisons d'opération et cela à un prix qui est à la portée de tous. C'est ce qui explique son succès et la difficulté d'y trouver de la place.

Il donne la parole au Dr PROUST, médecin de l'hôpital, pour lire le compte rendu médical pour 1907.

En 1908, nous avons hospitalisé, 669 malades (240 hommes et 429 femmes). Ces malades ont produit : 17.342 journées, dont 7.688 gratuites. Nous avons eu : 63 décès, dont 28 dûs à la tuberculose.

Voici, d'ailleurs, les causes des décès :

Tuberculose	28
Affections cardiaques	4
Méningite	2
Néphrite	4
Paralysie	1
Congestion cérébrale	2
Affections chirurgicales	15
Cancer	6

Le nombre des consultations externes s'élève à 5.475.

Le Dr MARC JOUSSET, *trésorier*, donne lecture du compte rendu financier de 1908 :

Recettes.

En caisse le 1er janvier 1908		5.969 05
Rentes au Crédit Lyonnais	5.226 45	
— chez le notaire	8.924 65	14.151 10
Intérêts du Crédit Lyonnais		16 10
Dons et quêtes		7.300 »
Remboursements des frais de séjour des malades et produit des chambres	55.680 »	
Des entrées	547 50	
Bénéfices de la pharmacie	567 95	56.795 45
Vente d'obligations		10.469 25
Legs de Mme Roll		20.000 »
Total des recettes		114.700 95

Dépenses.

Nourriture	31.593 55
Bière	324 10
Vin (transport, tonnelier)	396 30
Rhum, champagne, glace, sirop, etc	1.012 10
Éclairage	2.419 80
Eau	755 »
Téléphone	429 40
Blanchissage	4.108 70
Divers (chirurgie, pansements, etc.)	2.281 70
Laboratoire	585 75
Linge	2.470 60
Divers (literie, réparat. linol., etc)	4.489 55
A reporter :	50.866 55

Report :	50.866 55
Vin rouge	961 35
Contribution	3.793 85
Charbon	4.453 50
Assurance	103 45
Mémoires : Chapelier, fumiste	3.140 75
— Micheau et Douane, maçons	4.000 »
— Giffaut, serrurier	1.500 »
— Elagage des arbres	100 »
Lepautre, horloger	80 10
Honoraire, architecte	1.521 90
Iutérêts du terrain	3.000 »
Frais du Crédit Lyonnais	14 20
Frais du notaire	54 50
Divers (correspond. poste, etc.)	34,45
Traitement des sœurs	2.500 »
— de l'aumônier	1.200 »
— des internes et du chef de clinique	1.800 »
— du concierge	1.800 »
Domestiques et gardes de nuit	5.050 »
Achat de 45 obl. Ouest et frais	20.009 85
Total des dépenses	105.984 45

Balance.

Recettes	114.700 95
Dépenses	105.984 45
Reste	8.716 50

Il faut expliquer quelques chiffres de nos recettes et de

nos dépenses : Nous avons été obligé de vendre pour 10.469 francs d'obligations, provenant de nos économies, vente, que nous avions prévue dans notre compte rendu précédent, nécessitée par les travaux entrepris pour l'établissement de nos bains et de nos douches et par la construction d'une nouvelle salle d'opération ; tous ces travaux ne sont pas complètement soldés et nous allons avoir à faire repeindre nos salles et quelques chambres; il est donc probable que nous aurons besoin en 1910 de recourir à une vente de charité pour nous permettre de faire face à toutes ces dépenses. Il y a aussi à soustraire de nos recettes et de nos dépenses une somme de 20.000 francs, provenant d'un legs que nous avons touché et placé en obligations nominatives de la Compagnie de l'Ouest.

Notre situation financière est assez bonne, elle le sera tout à fait lorsqu'une vente nous aura permis de liquider notre arriéré de dépenses.

Nous devons envisager l'avenir avec confiance. Dans un certain nombre d'années, nos revenus augmenteront, grâce à un legs de 500.000 francs en une propriété que nous avons été autorisé à accepter tout récemment.

THERAPEUTIQUE GENERALE

La véritable thérapeutique.

Lettre dédiée et offerte aux étudiants en médecine.

Nous reproduisons ici une brochure que le Dr Antonio de Carvalho (de Porto) a composée et distribuée aux étudiants en médecine et médecins portugais. Il a voulu, en restant sur un terrain largement éclectique, et en se montrant averti des dernières découvertes scientifiques, ne pas rebuter à l'avance ceux qui ne connaissent encore rien de l'homœopathie que les préjugés ordinaires, et leur donner ainsi la curiosité de s'y intéresser : c'est le premier pas, le plus difficile à faire franchir.

Dr P. T.

Messieurs, Hippocrate disait que si quelquefois les médicaments guérissent par la loi des contraires, d'autres fois ils guérissent par la loi des semblables; et pour éclairer cette assertion, il disait par exemple : le médicament qui guérit la strangurie ou le vomissement, s'ils existent, c'est celui qui les produit là où ils n'existent pas.

Galien, cependant, se fait exclusiviste et s'engage intrépidement sous la bannière de la loi des contraires, de telle façon que, malgré les anathèmes de Paracelse, Stahl et autres, le galénisme avec ses écussons de « *contraria contrariis curantur* » et « *sublata causa tollitur effectus* », ressuscite avec les titres majestueux de thérapeutiques étiologique et pathogénique. Mais celles-ci, hormis un nombre limité le cas, restent réduites à l'état de thérapeutiques expectantes.

Les justes indications d'Hippocrate resteraient plongées

dans un oubli préjudiciable si un admirable génie n'était pas venu leur donner leur véritable valeur. Ce fut Samuel Hahnemann qui étudiant, d'abord sur la quinine, l'action des médicaments sur l'homme sain, découvre des lois qui lui permettent d'établir un nouveau système de traitement des maladies.

Il est certain que Hahnemann, en raison des idées de son époque, s'est lancé dans les régions de l'illuminisme et a aussi donné des explications fantastiques des choses, pour ne pas parler encore du défaut, bien excusable, de preuves qui eussent forcé la conviction des esprits incrédules. Si donc Galien a été exclusiviste, Hahnemann ne l'a pas moins été dans le pôle diamétralement opposé.

C'est alors que J.-P. Tessier tente de faire revivre les idées d'Hippocrate, formant un corps de doctrine qui pouvait alors atteindre une perfection relative, puisqu'il joignait aux plus grandes connaissances de la médecine galénique les nombreuses indications de la thérapeutique expérimentale léguées par Samuel Hahnemann.

Cet éclectisme médical est allé se montrant toujours plus logique et plus véritable. En effet, Pasteur et son école, avec la sérothérapie, sont venus donner une preuve inattendue de l'action des très petites doses et de la loi des semblables, bases incontestables de la sérothérapie, en même temps que fondements de l'homœopathie. Depuis, et plus récemment la radioactivité d'une façon générale et plus particulièrement la découverte des métaux colloïdaux et leur emploi thérapeutique si vanté par Albert Robin et autres, les études de Finsen sur la lumière, les médications ioniques qui, aujourd'hui commencent à se mettre au point pour l'usage thérapeutique, répandues par Stéphane Leduc et ses élèves, et enfin la démonstration faite au laboratoire par le Dr Jousset de l'action nocive que certaines subs-

tances dynamisées jusqu'à la 30e dilution homœopathique et plus même (AzO^3Ag, Cl^2Hg, etc.) exercent sur la vie de l'aspergillus niger, sont venues donner une impulsion nouvelle à la question.

En effet, si le seul obstacle à l'admission des idées homœopathiques était la dose, les études de laboratoire du médecin allopathe Albert Robin, montrant combien les substances (Au, Ag, Pr, Pd, Hg, Cu, etc.) immensément divisées et en doses infiniment petites si divisées que l'ultra-microscope seul peut les montrer, produisent cliniquement de si appréciables effets médicamenteux, — l'action des substances très divisées sur certains êtres vivants que Jousset a démontrée au laboratoire, — l'action de très petites doses de matière que les médications ioniques introduisent dans l'organisme grâce à l'électricité, comme l'expose Leduc de Nantes, — pour ne pas parler des propriétés de certains corps relativement à des sujets spéciaux très sensibles et aussi d'autres choses déjà connues de tous, comme l'action mortelle des toxines et l'action des eaux médicinales, — finalement la radioactivité formant le couronnement et ouvrant à nos yeux les horizons merveilleux de la matière dissociée et de son intervention dans la généralité des phénomènes de la nature, — viennent répandre une nouvelle lumière sur le sujet des doses très petites et même infiniment petites, lumière si resplendissante qu'il y a bien peu de mois Huchard le grand médecin allopathe de l'hôpital Necker, dans une leçon sur les maladies du cœur, a fait l'apologie des doses homœopathiques, non comme Hahnemann les a établies dans la dernière partie de sa vie, mais comme Tessier, et Jousset à présent, les exposent dans leurs ouvrages.

Cette moderne thérapeutique homœopathique, qu'on de-

vrait plutôt appeler expérimentale ou positive, est une thérapeutique éclectique, et si elle accepte les indications de Robin, les médications ioniques, tout cela plus oû moins contenu dans la ou les bases du système homœopathique, la thérapeutique palliative et tout ce qui peut guérir ou soulager les malades, elle accepte encore, non seulement les indications de l'école allopathique, comme celles de l'école homœopathique, et cela elle le fait non pas par caprice, mais en se soumettant à des lois pharmacodynamiques qui sont du domaine et de la connaissance de tous les médecins. Ces lois sont :

I. Tout médicament à dose moyenne produit successivement deux effets opposés sur l'homme sain, le primitif et le secondaire,(tous deux dûs au médicament, et non dûs le second à la réaction sur le premier puisqu'ils peuvent apparaître indistinctement.)

II. Si on diminue la dose, l'action primitive commence à être plus nette, et il arrive plus souvent qu'on ne découvre pas l'action secondaire (puisque l'action primitive est ce qui se produit lorsque la dose du médicament absorbé est petite).

III. Si on augmente la dose, c'est l'action secondaire qui apparaît, et souvent seule (puisque cette action est produite quand la dose du médicament absorbé est forte).

IV. Dès lors un médicament absorbé à forte dose a un effet opposé à celui du même médicament à petite dose.

Ainsi nous voyons que les doses grandes, comme les petites, ont une action indéniable, ce que les expériences déjà exposées de Robin et Jousset, pour ne pas parler des autres, viennent confirmer pleinement pour les très petites doses de substance.

Il en résulte que nous pouvons tirer parti de l'action se-

condaire du médicament, l'employant comme le fait l'allopathie à doses fortes, ou de l'action primitive, employant de petites doses, comme le fait l'homœopathie, et alors nous voyons combien de vérité contient la doctrine éclectique d'Hippocrate et de ses nombreux adeptes.

Dans l'homœopathie actuelle nous n'employons pas cependant en général, comme le voulait Hahnemann, les dilutions immensément élevées, puisque c'est un fait clinique que les dilutions successives n'augmentent pas, d'une manière appréciable, l'énergie médicamenteuse, en lui faisant seulement changer ses propriétés et quelque fois naître de nouvelles comme il arrive pour le lycopode, la silice le charbon, et quelques autres.

Dès lors nous employons en général les dilutions plus basses, ce qui vient en finir avec la légende des océans homœopathiques, la seule chose que que malheureusement les médecins connaissent en général de l'homœopathie.

Il est certain que dans ce système nous avons encore à considérer la proposition *Similia similibus curantur*, où le traitement de la maladie naturelle par la maladie médicamenteuse semblable, que cependant presque tous les médecins admettent depuis que Pasteur a fait revivre les idées d'Hippocrate, et contre laquelle les allopathes n'ont plus autant de colère.

Ainsi nous pouvons employer scientifiquement des doses allopathiques ou homœopathiques puisque, considérant les lois pharmacodynamiques exposées, les actions successivement produites sur le malade par le médicament allopathique ou homœopathique conduisent toujours, selon Jousset, à la production d'effets contraires aux maladies, par quoi selon lui « la loi des semblables est une simple loi d'indication thérapeutique », apportant ainsi

la guérison plus tumultueuse ou plus douce, selon les doses, « cette guérison étant toutefois due toujours aux actions ou effets secondaires, opposés à la maladie », actions ou effets qui homœopathiquement peuvent résulter des actions pharmacodynamiques successives, des accumulations de très petites doses, ou de la réaction médicamenteuse, ce qui pratiquement n'a pas grande importance.

Ayant vérifié cependant, à la lumière de l'expérience, la loi fondamentale de l'homœopathie, très petites doses, et regardé la loi des semblables somme une simple loi d'indication thérapeutique, c'est le moment opportun de faire disparaître à jamais la barrière illusoire qui a toujours existé entre l'allopathie et l'homœopathie, pour qu'il y ait seulement la thérapeutique éclectique, tirant parti de tout ce que la science ou même le hasard peut nous montrer comme favorable à la guérison des malades, éclectisme finalement auquel la « pratique du traitement des maladies » vient donner une confirmation incontestable.

Et vous qui allez exercer le sacerdoce de la médecine, étudiez courageusement et sans que le sectarisme des écoles vienne restreindre votre liberté intellectuelle, cette question complexe de thérapeutique, puisqu'ainsi vous vous sentirez meilleurs vis-à-vis de votre conscience en face des droits sacrés de vos malades.

Dr Antonio de Carvalho (de Porto).

MATIERE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE

LES VENINS DES HÉMIPTÈRES.

Les hémiptères (*Coccus cacti*, *Cimex lectularius* et *Pediculus capitis*) ont un venin sur la nature duquel on n'est pas exactement fixé.

Ces insectes piquent au moyen d'une trompe qui leur sert en même temps de suçoir, et introduisent des traces de salive toxique dans la plaie, qui se gonfle et devient douloureuse.

COCCUS CACTI.

(Cochenille).

Bibliographie.

T.-F. ALLEN *A Handdbook of Materia medica*. Philadelphie, 1889.

COLLIN. *Précis de matière médicale*. Paris, 1903.

ECALLE, DELPECH et PEUVRIER. *Pharmacopée homœopathique française*, Paris, 1898.

FARRINGTON. *A practical Materia médica*. Philadelphie, 1887.

E. HALE. *New. Remedies*. New-York et Philadelphie, 1875.

C. HEINICKE. *Handbuch der homœopatischen Azneiwirkungslelne*. Leipzig, 1880.

R. HUGHES. *Action des médicaments homœopathiques*. Trad. fr. Paris, 1874.

P. JOUSSET. *Traité élémentaire de matière médicale expérimentale*, Paris, 1884.

LILIENTHAL. *Homœopathic Therapeutics*. Philadelphie, 1890.

G. SIEFFERT. *Formulaire de Thérapeutique positive*. Paris et Leipzig, 1899.

M. SCHWABE. *Pharmacopœa Homœopathica polyglotta*. Leipzig. 1880.

I. — GÉNÉRALITÉS.

Insecte hémiptère de la famille des coccidés, abondam-

ment répandu au Mexique et à Honduras, vivant principalement sur le cactus nopal. La femelle seule est employée en thérapeutique. Elle fournit, par écrasement, une poudre rougeâtre rappelant par sa teinte le sang desséché, à peu près inodore, à saveur désagréable de moisi. Quand on la mâche, elle colore la salive en rose violacé.

La cochenille de Honduras est la plus estimée. Elle renferme une matière grasse volatile (*acide coccinique*), des matières albuminoïdes, telles que la *tyrosine* et la *chitine*, et une solution colorante (*carmin*), ainsi qu'une résine.

II. — Pathogénésie.

Symptômes généraux. L'action générale de ce médicament, en quelque sorte caractéristique, s'exerce sur les amygdales et le larynx et sur les organes urinaires. Elle développe une grande irritabilité avec sécrétion profuse de mucus visqueux.

Fatigue et tendance à la sueur, par mouvement du corps. Augmentation des malaises par mouvement et chaleur ; amélioration par repos et froid. Douleurs tiraillantes (rhumatoïdes) dans les muscles de la nuque, du dos et des membres, ainsi que dans diverses articulations.

Peau. Elancements fréquents et démangeaisons dans différentes parties des téguments, au cuir chevlu, aux oreilles, au cou, aux mamelons, au dos, aux aisselles et à l'aine, disparaissant lorsque le sujet quitte le lit. Peau sèche, éruption de papules rouges et de vésicules purulentes.

Moral. Tantôt abattu, avec tristesse et irritabilité, tantôt plus gai que d'habitude.

Sommeil. Inquiet avec rêves animés, beaucoup de bâillements et somnolence diurne.

Tête. Céphalalgie par tête entreprise, avec douleurs obtuses et profuses aux tempes et aux vertex. Le soir, dans le lit, douleur profuse et lancinante dans la partie osseuse qui avoisine l'oreille gauche. Cette douleur présente des rémissions, et, quand elle atteint son maximum, se propage dans les régions cervicale et claviculaire gauches, dans les molaires inférieures gauches et dans la région occipitale gauche.

Yeux. Affection inflammatoire des paupières et de la conjonctive. Dans l'œil droit, violente douleur pulsative s'irradiant vers l'os temporal et jusqu'à l'occiput.

Oreilles. Démangeaisons, formications, pulsations et balancements dans le conduit auditif souvent accompagnés de prurit et de bourdonnement. Sensation comme si le conduit auditif était bouché.

Nez. Fréquents éternuements avec toux sèche et raucité dans la gorge.

Organes de la circulation. Palpitations cardiaques; augmentation de l'activité cardiaque et accélération du pouls. Sensation de pulsation à travers tout le corps. *Mouvement fébrile*, alternance de frisson et d'accès de chaleur; très souvent sensation de froid. Douleurs lancinantes au cœur, coincidant avec une douleur pressive dans l'épaule gauche dans les doigts gauches ou dans l'articulation coxo-fémorale.

Organes de la respiration. Coryza épais, muqueuse nasale sensible. Chatouillements et grattements dans les voies aériennes, suivis d'une petite toux sèche, convulsive : toux avec expectoration de mucus épais.

Enrouement avec expectoration de mucosités.

La *toux est sollicitée* par une irritation continuelle de la trachée et du larynx, d'où grande sensibilité du voile du

palais rendant très pénible la déglutition de la salive et des aliments.

E. Hale donne sur cette toux des renseignements très détaillés. Courts accès de toux avec expectoration de glomérules muqueux. Accès de toux d'une demi-heure, avec expectoration d'une grande quantité de mucus. Toux réveillant le sujet à 6 heures du matin, avec rémission d'une minute, d'abord nette, sèche et aboyante ; ensuite, après détachement de mucus épais, l'effort fait à ce sujet provoque une envie de vomir accompagnée de sensation d'excoriation à la gorge et céphalalgie pressive. L'accès est renouvelé par la chaleur du lit. L'expérimentateur peut à peine parler à force de tousser (dans un appartement chaud). Toux à ce point violente, qu'elle provoque le vomissement avec expectoration d'une grande quantité de mucus épais et albumineux.

Organes de la digestion. Sensation de sécheresse et de chaleur à la muqueuse buccale. Langue nette, âpre et sèche.

Excitation catarrhale du voile du palais. Sensation de constriction au pharynx, avec sensation d'un corps étranger.

Appétit variable; sensation de goût anormal; pituite, malaise et renvois ; crampe d'estomac. Sensation obtuse de picotements aux régions splénique et hépatique, s'étendant vers l'estomac et les lombes. Accumulation de gaz et flatulences. *Coliques.* Selles d'abord dures et paresseuses; plus tard abondantes et en bouillie, avec poussées, brûlement et picotement au rectum.

Reins. Douleur profuse à la région rénale, s'étendant progressivement à la vessie et au sphincter vésical, accom-

pagnée de ténesme vésical et d'émission fréquente d'urine très colorée.

Douleurs dans les reins, augmentant avec la sécrétion urinaire.

Douleurs lancinantes et perforantes dans la région rénale, le soir, au lit.

Soudains élancements aigus et prolongés, s'irradiant dans la vessie, depuis la région rénale gauche, le long des uretères.

Accès rares et légers de coliques néphrétiques, avec urine très copieuse et douleur sourde dans l'urèthre.

Le sujet s'arrête, se recourbe sur lui-même, et frotte son hypogastre, afin de soulager les douleurs spasmodiques qu'il ressent dans les reins.

Douleur excessivement violente dans la région rénale, empoignant le malade, dans l'après-midi, tandis qu'il est tranquillement assis. Cette douleur part des deux côtés des reins, et diffère de la douleur pressive et tiraillante, éprouvée auparavant dans la même région, par son caractère spasmodique et intensif ; elle ne peut être comparée qu'à la douleur ressentie dans les testicules à la suite d'un traumatisme.

Douleur pressive, à travers les uretères dans la vessie, soulagée par évacuation de gaz.

A cinq heures du matin, le sujet est réveillé par une douleur tiraillante dans le rein droit, s'étendant dans la vessie, le long des uretères; en même temps, accès particuliers de douleur lancinante et de pression continue dans l'urèthre et dans la région naviculaire.

Douleur traumatique à la région sacro-lombaire et dans les aines, en marchant.

Hémorrhagie rénale.

Vessie. Alternances de crampes, de froid et de chaleur dans la vessie.

Douleur dons la vessie, pendant la nuit, avec infructueux désir d'uriner. Douleur d'excoriation dans la vessie.

Sensation de plénitude et de tension dans la vessie, sans désir d'uriner.

La femme est forcée d'uriner très souvent, après dîner, — ce qui, accompagné d'une sensation de pression analogue à celle qu'elle éprouve au moment de ses règles, lui fait croire à une maladie de vessie.

Sensation de plénitude et de pression dans la vessie s'étendant à travers l'urèthre, avec constant désir d'uriner et fréquente émission d'urine normalement colorée et légèrement acide.

Accès de pression, de ténesme et de douleurs tranchantes dans la vessie, pendant lesquels la face devient vultueuse.

Pression et douleurs dans la vessie continuant même après urination avec tension.

Violente douleur de torsion au col de la vessie persistant pendant un quart d'heure, et non soulagée par émission d'urine ou de gaz.

La sensibilté de l'épigastre s'étend à travers l'abdomen.

Des douleurs lancinantes, tiraillantes et pressives apparaissent spécialement aux aines et à la région vésicale, forçant le malade à prendre le lit.

Elancements, comme par piqûres d'épingles, s'étendant de la vessie, à travers l'urèthre, vers le gland.

Urèthre. Brûlement dans l'urèthre, pendant l'urination et continuant après. Brûlement dans l'urèthre et titillation au méat cessant après évacuation d'urine claire, jau-

ne-paille; la sensation se réitère plusieurs fois par jour, avant d'uriner.

Brûlement de l'urèthre et gonflement de la vulve pendant quinze jours.

Très violent accès lancinant à la portion antérieure de l'urèthre et au gland, longtemps après avoir uriné, la nuit, au lit, forçant le malade à gémir et à crier pendant une minute et demie.

Brûlement dans l'urèthre, avec sensation d'un petit caillou glissant le long de l'urèthre.

Sensation dans la portion antérieure de l'urèthre avant d'uriner, comme par picotement d'une pelote d'aiguilles.

Très violents élancements le long de l'urèthre, à travers le gland, persistant pendant quelques minutes après la miction, avec urine foncée.

Le méat est contracté et resserré, au point que l'urine s'écoule très lentement, et quand la vulve est excoriée, le brûlement est très violent, et persiste pendant une heure.

Violent prurit et démangeaisons à l'orifice uréthral, forçant le sujet à se frotter constamment.

Urine. Fréquentes et abondantes émissions d'urine pâle, aqueuse pendant le jour, avec augmentation de la puissance du jet.

Fréquentes émissions d'urine parcimonieuse, lente à venir, avec difficulté, effort et ténesme vésical.

Urine d'abord nuageuse, puis semblable à de l'urine de cheval, épaisse comme de l'huile. L'odeur en est parfois alcaline, souvent ammoniacale ou cadavéreuse. Urine âcre et très irritante, contenant du mucus sous forme de filaments, nuages, flocons et sédiments mêlés de beaucoup de mucus.

Sédiment rougeâtre, adhérent au vase.

Organes génitaux Chez l'homme, excitation de l'instinct génésique ; sensation de picotement et de chatouillement, au gland, aux testicules et au cordon spermatique.

Chez la femme, règles en avance, plus fortes, prolongées; flux de mucus liquide avec tiraillements aux aines.

Tronc et membres. Douleurs rhumatismales dans les épaules et les bras. Grande fatigue des membres inférieurs, avec douleurs dans l'articulation coxo-fémorale. Douleurs crampoïdes dans les muscles du mollet. Douleur dans le tendon d'Achille qui ne se manifestent qu'à la marche. Les douleurs présentent, en général, le caractère rhumatismal.

III. — Thérapeutique.

Ce médicament a pour spéciale sphère d'action : les muqueuses, les voies aériennes, les reins et les articulations. Il est capable de provoquer des hémorrhagies sous forme de gros caillots noirs, dans les reins et l'utérus. Douleurs lancinantes au gland du pénis simulant le passage d'un calcul. Toux analogue à la coqueluche. Sensation d'un poids sur l'estomac ; douleur impétueuse, comme par injection de liquide dans un vaisseau sanguin étroit. Son action sur les reins est comparable à *Cantharis*, sur les hémorrhagies et les troubles cardiaques à *Cactus*.

Signalons encore la sensibilité au toucher et à la pression ; la sensation de rincement de la bouche et de brisure des dents provoquant toux et vomissements. Ces symptômes sont souvent périodiques.

IV. — Clinique.

L'école allopathique se servait autrefois de la cochenille comme de lithontryptique. Actuellement, chez elle, cette pratique est tombée en désuétude. Cependant quelques

médecins allopathes l'utilisent encore contre la toux spasmodique, l'asthme et la coqueluche.

Ce médicament a été maintenu en bonne place, par l'école homœopathique, et lui donne d'excellents résultats dans les :

Catarrhes bronchiques avec expectoration visqueuse, filante, quand il y a, en même temps, des anomalies de l'excrétion urinaire et de la constitution de l'urine (troublé fortement sédimenteuse, acide) ;

Coqueluche, avec expectoration claire, visqueuse, filante, albumineuse, accompagnée de vomissements, aggravation le matin. Les matières expectorées sortent de la bouche et demeurent suspendues aux lèvres, en longs fils. Ce symptôme est typique, et le médicament, dans ce cas, agit sûrement : administré au début, il est capable d'enrayer toute la maladie, (6e à 12e dilutions) ;

Coryza, avec amygdalite et accumulation d'épais mucus expectoré avec la plus grande difficulté et parfois vomissements. (Cf. *Kali bichrom.* 6e et 12e dilutions) ;

Grippe.

Laryngite, avec toux très violente et expectoration pénible, mucus épais ;

Phtisie catarrhale, lorsqu'en même temps que l'expectoration filante, il existe des douleurs piquantes sous les clavicules;

Catarrhe du bassinet avec émission de sables d'acide urique ;

Coliques néphrétiques: douleur d'écorchure dans la région rénale, s'étendant jusqu'à la vessie, avec ténesme vésical et fréquente émission d'urine foncée :

Néphrite chronique, avec ascite ;

Hydropisies rénales ;

Névralgies trifaciales (tic douloureux) à siège multiple, dont le point de départ est dans les dents incisives ou canines, dont les douleurs sont pressives et lancinantes, s'aggravant le soir à la chaleur du lit, accompagnées de congestion à la tête, de salivation et d'épiphora (3e dilution en alternance avec *Thuja*) ;

Menstruation : évacuation de gros caillots, avec dysurie. Menstruation intermittente ne s'effectuant que la nuit, au lit ;

Cœur : Affections cardiaques compliquées de troubles rénaux ;

Crampes d'estomac ; coliques flatulentes ;

Ténesme vésical ;

Hématurie;

Douleurs rhumatismales et goutteuses, avec troubles urinaires.

V. — Mode d'emploi et doses.

Héinigke remarque qu'en raison de la présence de la tyrosine il n'est pas prudent de préparer de grandes quantités de médicament soit en trituration avec du sucre de lait, soit en teinture alcoolique.

En général, on emploie la teinture fraîche (5 à 10 gouttes), ou une trituration d'une partie de cochenille pour 5 parties de sucre de lait (sur la pointe d'un couteau). On renouvellera fréquemment les doses selon l'intensité des symptômes, jusqu'à leur complète disparition.

Cimex lectularius

(Punaise)

Bibliographie

J.-H. Clarke. *A Dictionary of practical Materia medica.* Londres, 1900.

Farrington. *A Clinical Materia medica.* Philadelphie, 1887.

C. Hering. *Kurzgefasste Arzneimittellehre.* Philadelphie, 1884.

R. Kobert. *Lehrbuch der Intoxicationen.* Stuttgart, 1906.

I. — Généralités.

La punaise est un insecte hémiptère trop connu pour nécessiter une description spéciale. Par sa piqûre, elle fait pénétrer des traces de salive toxique dans la plaie: d'où gonflement et douleur.

II. — Pathogénésie.

Symptômes généraux. Douleurs dans les muscles droits de la cuisse, avec oppression de la poitrine, brièveté de la respiration, fréquentes et profondes inspirations; sensation de se replier sur soi-même; chaque tentative d'étendre les bras ou les jambes est douloureuse, et le sujet souffre de la soif plus qu'en se mouvant.

Moral. Anxiété. Propension à la colère; le sujet voudrait tout déchirer en morceaux. Sensation comme s'il voulait rentrer dans son propre corps; il se recroqueville tant qu'il peut, et éprouve en même temps des douleurs dans les cuisses. Il a de la répugnance pour sa propre sueur. Il serre les poings avec rage, quand il sent venir le froid de la fièvre. Frisson suivi d'anxiété.

Sommeil. Grande somnolence. Le sujet s'endort le matin quand il est assis. Irrésistible somnolence pendant le

froid. Fréquents bâillements avec sensation de froid à la peau.

Tête. Entreprise. Céphalalgie tiraillante, qui prive le sujet de la faculté de penser. Céphalalgie surtout au-dessus du frontal droit. Céphalalgie après boire. Sueur à la tête, au nez et à la poitrine.

Nez. Sécheresse insupportable des narines.Coryza fluent avec pression aux sinus frontaux. Eternuement constant l'après-midi.

Bouche. Enduit blanc sur la langue. Sensation comme si la langue était tuméfiée et échaudée.

Gorge. Sécheresse forçant à boire toute la journée.

Organes digestifs. Pendant la chaleur fébrile, pression et constriction à l'œsophage, s'irradiant à travers la poitrine et entravant la respiration. Le palais et les gencives supérieures sont comme échaudées.

Eructations acides. Désir de boire sans soif. Malaise par fièvre.

Douleur dans le foie, comme s'il avait été tiré et recourbé vers l'intérieur; la région est sensible à l'attouchement et par la toux.

Coliques suivies de flatulences ou de selles liquides.

Constipation: selles dures et sèches. Cyballes. Après évacuation d'un petit bol fécal, le rectum se ferme. Douleurs hémorrhoïdaires par la garde-robe.

Organes respiratoires. Toux sèche, avec renvois, éructations, vomissements et transpiration.Respiration oppressée après froid. Toux violente, avec expectoration purulente et accès quotidiens de frissons et de fièvre.

Cœur. Pouls faible et intermittent.

Nerfs. Fatigue avec tendance constante aux pandiculations,

Organes urinaires. Urine brune, chaude pendant la fièvre, avec dépôt rouge au vase. Incontinence d'urine.

Organes sexuels masculins. Fréquentes érections le matin avec pertes séminales.

Organes sexuels féminins. Sensation de chaleur dans les lèvres vulvaires.

Dos. Douleur au bas du dos, s'étendant à l'abdomen avec distension de l'abdomen. Pesanteur dans les lombes: le sujet est forcé de s'asseoir.

Membres. Douleurs dans toutes les articulations: sensation comme si les tendons étaient trop courts.

Dans les membres supérieurs, douleurs à l'épaule droite et dans les muscles antérieurs du thorax, s'étendant à travers tout le bras, jusqu'aux ongles; sensation d'engourdissement des doigts. Au début du froid, tiraillements dans les doigts jusqu'à fermer le poing.

Dans les membres inférieurs, pesanteur. Les muscles du jarret semblent trop courts; les genoux sont recourbés; toute tentative de les allonger, provoque de la douleur dans les cuisses.

Inquiétude comme par fatigue à la suite d'une longue course. Sensation de froid dans les genoux. Douleurs de tension dans les tendons des extenseurs.

Peau. Eruption ortiées.

Fièvre, frisson, transpiration. Avant le frisson, soif et lourdeur dans les jambes. Frisson débutant par contraction des mains et violente agitation. Frisson accompagné de douleur dans toutes les articulations et sensation de tendons trop courts. Constriction à la poitrine, respiration fréquente et profonde; somnolence irrésistible; mains et pieds comme morts.

Le frisson cesse avec une sensation de fatigue dans les

jambes, qui force le malade à changer continuellement de position.

Après le frisson, soif; mais l'absorption de liquide cause une violente céphalalgie. Chatouillement au larynx, provoquant une toux sèche et continue, se prolongeant pendant le stade de chaleur. Constriction et pesanteur à la poitrine, avec anxiété, soulagées si le sujet s'abstient de boire. Chaleur avec éructations; sensation de constriction à l'œsophage.

Sueurs, surtout à la tête et à la poitrine, en même temps que faim.

La sueur soulage tous les autres symptômes. Sueurs nocturnes.

Sueur à odeur de moisi très désagréable.

III. — Thérapeutique.

Ce médicament, à action latérale plutôt droite, est un remède ancien contre l'intermittence. Il a pour symptômes caractéristiques: pesanteur et tendance aux pandiculations, douleurs dans les articulations, constriction de l'œsophage, sueurs nocturnes à odeur de moisi.

IV. — Clinique.

Constipation. Toux. Hémorrhoïdes. Fièvre intermittente, surtout tierce et quarte. *Douleurs au foie. Contractions musculaires. Pertes séminales. Démangeaisons à la peau. Bâillements. Incontinence d'urine.*

V. — Mode d'emploi et doses.

Absolument inconnu par l'Ecole allopathique. Très peu usité par l'Ecole homœopathique, qui en prépare teinture et trituration avec l'animal écrasé vivant.

La 30e dilution centésimale est généralement employée.

Pediculus capitis
(Pou de la tête)

Bibliographie.

J.-H. Clarke. *A Dictionary of practical Materia medica.* Londres, 1900.

R. Kobert. *Lehrbuch der Intoxicationen.* Stuttgart, 1906.

Mure. *Doctrine de l'Ecole de Rio-de-Janeiro et Pathogénésie brésilienne*, Paris, 1849.

I. — Généralités.

Ce parasite hyménoptère renfermerait, d'après Kobert, un venin chimique, probablement un ferment, qui aurait une action irritante locale.

II. — Pathogénésie.

Symptômes généraux. Onze jours après, disparition des symptômes que nous allons énumérer, gonflement des seins, de la face et de presque tout le corps, accompagnés principalement de constriction du pharynx, améliorés par *China;* mais les démangeaisons et les grosses pustules produites par la drogue persistèrent longtemps après. Augmentation des forces physiques. Secousses et tressaillements la nuit. Etourdissement avec respiration difficile; violent tremblement. Grande lassitude lorsque le sujet se tient debout; vertige et sensation de syncope.

Moral. Excessive gaieté; le sujet rit à propos de tout. Mélancolie sans cause. Irritabilité; angoisse sans raison. Entière indifférence pour le présent et le futur. Disposition à l'étude; prompt à l'appréhension; désireux de travailler: écrit avec une rapidité fiévreuse. Bégaiement amélioré.

Sommeil. Bâillements. Somnolence. Sommeil agité. Rêves bizarres; monstres effrayants; hôpital rempli de vermine; lascivité; confusion, persécution.

Tête. Confuse au lever, avec battements dans la tempe droite. Céphalalgie avec pression à la racine du nez, aux orbites, avec élancements. Les cheveux cessent de tomber. Horripilation de la moitié gauche du cuir chevelu. Contraction du cuir chevelu. Sensation comme si le sujet était soulevé par les cheveux. Démangeaison du cuir chevelu, comme si les poux l'envahissaient de toutes parts.

Yeux. Cernés, fatigués, fréquentes envie de pleurer. Myopie; sensation de compression du cerveau.

Oreilles. Chaleur, bourdonnements, craquements. Bourdonnements ou sifflements.

Nez. Inflammation des fosses nasales. Elancements à la racine du nez.

Face. Rouge foncé, écarlate. Gonflement de la joue gauche. Lèvres sèches, tuméfiées, rouges; noires et fendillées.

Appareil digestif. Bouche brûlante et picotements aux côtés de la langue, qui est rouge et très fendillée.

Gorge sèche, douloureuse avec constriction. Constante déglutition de salive.

Fièvre, avec impossibilité d'avaler la nourriture; constriction du pharynx, suivie de faiblesse et de nausée. Constante nausée, digestion pénible avec contraction à l'estomac.

Violentes coliques faisant crier et pleurer le sujet. Coliques et diarrhée après dîner.

Diarrhée nocturne, continuant le lendemain. Selle parcimonieuse et dure.

Appareil respiratoire. Toux sèche, spasmodique. Sensation de suffocation à la poitrine, qui est douloureuse au toucher. Douleur dans les seins, par effort de respiration.

Organes urinaires. Fréquente et abondante émission d'u-

rine verte, jaunâtre, avec diarrhée pendant presque toute la journée. Urine très odorante.

*Organes sexuels.*Erections prolongées sans désir sexuel.

Chez la femme, élancements très douloureux, grande chaleur et démangeaisons dans l'utérus. Douleurs utérines changeant de place; la femme ne peut pas se recourber sur la matrice. Point douloureux dans l'utérus. Leucorrhée.

Membres. Douleur de brisure dans les épaules et les bras, qui sont sensibles au toucher. Violent tremblement des mains.

Violents élancements au-dessus des rotules. Grande faiblesse de jambe. Grosseur sous le pied, très douloureuse à la marche. Destruction de la peau, par places, à la jambe droite.

Peau. Taches rouges aux joues, blanches aux mains. Face, mains et pieds rouges. Eruption miliaire, à fond rouge et gonflée au centre, à la nuque, à la partie interne des bras, des avant-bras et des cuisses. Petites vésicules rouges avec points noirs. Les pieds plongés dans l'eau chaude se recouvrent de petites vésicules rouges. Chair de poule, démangeaison et picotement partout.

Fièvre. Froid avec exacerbation. Chaleur et sècheresse des extrémités. Tête brûlante et face rouge, brillante. Sueur de la face. Sueur froide des pieds, suivie de grand froid.

IV. — Thérapeutique et clinique.

Ce médicament exerce une incontestable action sur le système nerveux central et sur le système cutané. Mure veut y voir une influence spécifique sur la psore héréditaire. Mais cette doctrine de la psore, due à Hahnemann est

très hypothétique, très critiquable, très contestée. Nous lui préférons l'opinion de J.-H. Clarke qui, sans émettre une théorie, signale: ardeur et aptitude à l'étude et au travail; afflux de paroles chez un bègue; constriction du pharynx; élancements et secousses; éruptions miliaires; démangeaisons et fourmillements par tout le corps.

Cliniquement, *Pediculus* s'est surtout montré efficace, dans les *maladies infantiles, la diarrhée, la colique, les ganglions, la chute des cheveux, l'œdème, les affections cutanées* et *le bégaiement.*

V. — Mode d'emploi et doses.

On prépare une teinture-mère avec l'insecte écrasé vivant. Les basses dilutions sont habituellement usitées.

Dr G. Sieffert.

CLINIQUE MEDICALE

Méningite ourlienne

Madel. R. âgée de onze ans, est prise le 10 mars d'oreillons; les deux côtés sont gonflés, peu douloureux, la malade ouvre difficilement la bouche, mais ne souffre qu'en mangeant et très peu; fièvre très légère. *Solubilis*, 6.

Tout se passe bien et le gonflement a complètement disparu lorsque le 19 au soir, la malade souffre un peu de la tête, température: 38°5. Pendant la nuit les douleurs de tête augmentent considérablement; vomissements verdâtres répétées.

Le 20, 38°8: raideur de la nuque, signe de Kernig très

marqué, les vomissements continuent. Le soir, la température avait monté, 39°5, mais la douleur de tête était moindre, les vomissements plus rares; depuis le matin, elle prenait *Bellad.* (T. M.) V gouttes pour 200 grammes et *Digitalis* (T. M.) V gouttes pour 200 grammes. Une cuillerée à dessert toutes les demi-heures en alternant. Les parents, très au courant de l'épidémie cérébro-spinale concomitante étaient très effrayés.

Le lendemain matin, 21, température 37°7, l'enfant est mieux, les vomissements ont cessé, le mal de tête est moindre, la raideur de la nuque et le signe de Kernig très atténués. Le soir, le thermomètre monte à 38°2, pour tomber le lendemain 22, à 37°2; à ce moment, on peut considérer les accidents comme terminés.

Des accidents analogues ont été depuis longtemps signalés par les médecins d'enfants survenant soit au début des oreillons, soit, au contraire, au moment où le gonflement diminue. La nature méningitique de ces accidents était plus ou moins méconnue et le Dr Comby a pu écrire en 1904, en parlant des complications des oreillons du côté du système nerveux: « les cas de folie, de démence, de méningite, etc., qui ont été rapportés s'appliqueraient à des sujets empreints de stigmates, de tares somatiques ou psychiques, qui relèguent les oreillons au simple rôle d'agents provocateurs » (1).

Dans une communication à la Société médicale des hôpitaux (*Séance du 25 mars* 1904), MM. Chauffard et Boidin ont rapporté deux cas d'oreillons avec très légers symptômes méningés et cependant avec une lymphocytose marquée d'un liquide céphalo-rachidien.

(1) Grancher et Comby. *Traité des maladies de l'enfance.* 2e édition. Paris 1904.

Le premier malade, au moment où le gonflement parotidien était en train de disparaître, présenta pendant deux jours une élévation thermique légère, de la céphalée, du ralentissement du pouls. Une ponction lombaire faite le quatrième jour de la maladie avait donné un liquide absolument normal; une seconde faite le neuvième jour, au moment des symptômes décrits plus haut, donna un liquide trouble avec nombreux lymphocytes. Une troisième ponction le onzième jour est presque semblable, une quatrième, le dix-neuvième jour, donna un liquide clair avec lymphocytose encore abondante.

Le second malade avait eu quelques années avant une hémiplégie; entré à l'hôpital le neuvième jour des oreillons à cause d'une rechute, il présentait seulement comme signe méningé le ralentissement du pouls et cependant les ponctions lombaires ont montré une lymphocytose pure, abondante, persistant encore, mais diminuée le quatre-vingt-neuvième jour après le début des oreillons.

Le 6 mai suivant, dans une nouvelle communication à la Société médicale des hôpitaux, MM. Chauffard et Boidin rapportent une autre observation: il s'agit d'un cas très bénin, où une seule parotide a été prise, sans fièvre, sans complications et où des signes méningés ont été observés dès le début de la maladie: lourdeur très pénible de la tête, bradycardie passagère, pouls à 55 pendant deux ou trois jours, suivie d'une période d'instabilité pendant laquelle le pouls varie de 60 à 80; inégalité très nette des deux pupilles. L'examen du liquide céphalo-rachidien a donné une lymphocytose pure.

Au moment où j'ai observé les accidents méningés de ma petite malade, j'ai eu l'occasion d'en parler avec Netter, qui m'a raconté qu'on lui avait envoyé comme atteint

de méningite cérébro-spinale épidémique, un malade qui en présentait tous les symptômes. La ponction lombaire ayant été donné un liquide limpide et contenant seulement des lymphocytes, tandis que dans la méningite cérébro-spinale épidémique, le liquide est purulent et contient des polynucléaires, on fit une enquête et on apprit que le malade avait eu les oreillons quelques jours auparavant.

Il existe donc, dans certains cas d'oreillons, une réaction du côté des méninges, caractérisée par la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et par des symptômes pouvant varier de simples troubles, bradycardie, mal de tête, à des signes caractéristiques de méningite: céphalée, raideur de la nuque, signe de Kernig et vomissements.

Il semble que ces accidents, même ceux qui revêtent l'apparence la plus grave, sont d'une nature bénigne avec tendance naturelle à la guérison (1).

D[r] MARC JOUSSET.

MEDECINE PRATIQUE

IMPORTANCE DU SOIN DANS LE DIAGNOSTIC

Nous sommes heureux de reproduire les principaux passages d'un article du D[r] Sawyer publié sous ce titre dans le *Journal of the american institute of homœopathy* (mars 1909). Il montrera que, contrairement à l'opinion de quelques-uns de nos confrères homœopathes français, la nécessité du diagnostic est reconnue par nos confrères américains; il montrera que nous sommes pas les seuls à soutenir cette nécessité.

M. J.

(1) Communication faite à la *Société française d'homœopathie*, séance du 12 mai.

« Il fut un temps où il paraissait très suffisant pour faire une ordonnance homœopathique de se guider uniquement sur les symptômes. Cette manière de faire fut suffisante aussi longtemps qu'il subsista de nombreux éléments de doute sur la recherche des causes et des effets et sur la fixation du diagnostic; mais depuis que beaucoup de ce qui n'était qu'un travail de devination a été bien établi par les recherches scientifiques, il n'est plus judicieux de continuer la même manière de faire.

« Je me suis toujours chagriné de l'excuse invoquée par les auteurs de mémoires publiés devant l'Institut Américain sur l'usage des voies et moyens à l'égard des médicaments indiqués. L'homœopathie, à mon avis, ne consiste pas seulement dans la prescription des médicaments. Je crois que le principe homœopathique est assez large pour accepter tous les procédés raisonnables dans la recherche de la cause de la maladie et des remèdes qui doivent être employés pour le soulager; de cette manière je me sépare de tout système plus restrictif. Je répugnerais à penser que, parce que je suis homœopathe, je ne pourrais pas employer tous les moyens qui peuvent affermir ma position comme docteur, ma réputation comme praticien et les chances de guérison pour mes clients. Je soutiens que l'homœopathie est la science la plus large et la meilleure, comme expérimentation et comme principes fondamentaux. L'homœopathie ne connaît aucune restriction aux progrès, aucune excuse à l'adoption et à l'application de tout ce qui est bon pour l'humanité malade, qu'elle qu'en soit la source...

« Je ne m'imagine pas dans le terme diagnostic de faire une simple accumulation de symptômes, de les mettre en tableau, comme rhumatisme, neurasthénie, dyspepsie, hys-

térie, etc.; mais je m'imagine, le diagnostic qui est en relation avec le cas individuel, le diagnostic qui détermine la cause et les effets. Je m'imagine le diagnostic qui rend le pronostic possible, et en faisant un tel diagnostic, je me propose d'user avec soin de la précision, des recherches scientifiques et de la classification systématique des cas.

« En faisant un diagnostic, qui puisse servir à la loi homœopathique, nous manquerions à notre devoir si nous négligions de pénétrer chaque détail de l'histoire du cas, chaque cause élémentaire, chaque circonstance concommitante. Nous sommes redevables à la loi de similitude de donner aux médicaments prescrits toute l'assistance possible et d'enlever tout handicap. Le principe de l'homœopathie se présente aujourd'hui comme jamais auparavant, comme la loi d'indication la meilleure et la plus sûre.

Pour lui continuer le prestige qu'elle à gagné, pour augmenter encore la certitude de la prescription homœopathique, pour ne laisser aucun doute à ceux qui recherchent la vérité de l'homœopathie, nous devons rendre manifeste à tous que nous sommes vigilants et prêts à employer tout ce qui pourra accroître la possibilité d'action du remède choisi. On peut dire qu'il y a beaucoup d'exemples de cas dans lesquels le diagnostic n'a fait du bien qu'après que les effets curatifs sont entrés en jeu. Nous admettons cela parce que nous savons qu'un diagnostic correct signifie souvent seulement un pronostic fâcheux; mais, nous savons aussi qu'un diagnostic attentif aide toujours à faire la prescription la plus scientifique; le soin dans le diagnostic est toujours recommandable...

Le Dr Sawyer reproduit un certain nombre d'observations pour montrer la nécessité du diagnostic, nous en résumerons quelques-unes.

Obs. I. — Une jeune femme de 23 ans, fut soignée pour des douleurs de tête quotidiennes, qui l'empêchaient de continuer ses études. Symptômes subjectifs: gêne dans la région frontale, aggravée après s'être servie de ses yeux, par le bruit, empêchant le sommeil; malaise; perte de l'appétit, langue sèche; dépression; mélancolie; ne peut supporter la société: amaigrissement de 25 livres. Elle avait été soignée par les meilleurs praticiens homœopathes sans résultats sérieux, successivement pour une tension douloureuse des yeux, pour du surmenage, enfin pour de la neurasthénie.

L'examen objectif montra que le sang était au-dessous de la normale, que les urines contenant du sucre, que la tension artérielle était diminuée; il était évident qu'un remède seul ne pouvait guérir la malade et qu'il fallait aussi un régime approprié avec cette connaissance du cas, on pouvait soulager la malade de la flétrissure du titre d'hystérique et dire à sa famille la gravité de son état.

Obs. II. — Dans la même famille, la mère avait une névralgie, commençant dans la région occipitale droite, remontant vers la tête et descendant vers le dos; cette névralgie reprenait chaque matin régulièrement à 2 heures et demi et continuait avec une extrême violence jusqu'à 4 heures de l'après-midi. Tous les médicaments employés avaient échoué et l'homœopathie était en train de perdre son crédit. Un examen sérieux le long du tronc nerveux montra l'existence d'une petite exostose sur l'os occipital. Une intervention chirurgicale fit disparaître immédiatement tous les symptômes douloureux.

(Trad. par le Dr Xavier Jousset.)

REVUE DES SOCIETES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

APPENDICITE CHRONIQUE ET CANCER DE L'APPENDICE.

Dans la séance du 11 mai, M. Richelot revient sur l'histoire de l'appendicite chronique et montre que les symptômes gastro-intestinaux habituels avec un retentissement fâcheux sur l'état général de malades, sont liés à l'existence d'une appendicite chronique.

Il cite des cas nombreux dans lesquels l'ablation de l'appendice a amené une guérison radicale : j'ajouterai même que parmi ses observations, il existe des faits où un état maladif chronique a été guéri par l'ablation de l'appendice absolument sain.

Nous n'examinerons pas les théories qui expliquent l'appendicite chronique, soit par l'existence d'un myxœdème ou d'une cholémie familiale; nous trouvons ces questions oiseuses, mais nous retiendrons la fréquence du développement du cancer dans l'appendice malade.

C'est là le point essentiellement pratique de la communication de M. Richelot.

Dr P. JOUSSET.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

I

Sérothérapie intensive et adrénaline dans le traitement des diphtéries graves et des paralysies post-diphtéritiques.

(*Séance du* 7 *mai.*). — Bien que la communication de MM. Méry, Weill-Hallé et Parturier ait été analysée dans ce journal (1), nous voulons revenir sur l'emploi de l'*Adrénaline* dans le traitement des diphtéries graves et des paralysies. Ces auteurs ont donné de 10 à 20 centigr. de poudre de capsules surrénales pour combattre les symptômes de dépression et de collapsus ; l'action produite dans ce cas ressort de la médication palliative ; il est donc nécessaire d'employer des doses assez fortes.

Dans la discussion qui a suivi, M. Netter rappelle que depuis cinq ans au moins il administre systématiquement l'adrénaline par la bouche aux sujets atteints de diphtérie grave. Cette pratique se justifie par plusieurs raisons : les animaux intoxiqués par la toxine diphtérique montrent des altérations manifestes de la surrénale ; ces malades atteints de diphtérie grave ont une tension du pouls très minime et une adynamie extrême. Il emploie journellement l'adrénaline dans beaucoup de maladies infectieuses où il existe de l'adynamie et de la faiblesse du cœur, M. Netter cite un certain nombre d'auteurs étrangers qui se trouvent bien de la même pratique.

(1) Numéro de Juin p. 428.

Il en donne dix à vingt gouttes (nous pensons qu'il s'agit de la solution au millième) dans les vingt-quatre heures, en cinq ou six fois ; il arrive même à dépasser beaucoup ces doses et a administré de 3 à 4 milligrammes dans les vingt-quatre heures.

II

Insuffisance surrénale au cours d'une diphtérie grave, opothérapie, guérison.

MM. L. Martin et Darré rapportent l'observation d'une malade entrée à l'hôpital Pasteur avec tous les signes d'une diphtérie grave étendue au pharynx, au larynx, à la trachée et aux grosses bronches ; sous l'influence d'un traitement sérothérapique intensif, son état s'améliora rapidement. Tout à coup, neuf jours après le début de la maladie, apparut un syndrome clinique caractérisé par une asthénie profonde, une prostration extrême, de l'hypertension artérielle, de la tendance aux syncopes, de l'oligurie et de l'albuminurie, de l'anémie, du ralentissement du pouls.

Parmi ces accidents, ceux qui frappaient particulièrement l'attention étaient des symptômes traduisant l'insuffisance fonctionnelle des glandes surrénales.

L'asthénie était le symptôme le plus important et le plus caractéristique. Elle était identique à celle que l'on observe chez les addisoniens arrivés à une phase avancée de leur affection. Tous les caractères de l'asthénie addisonienne se retrouvaient chez notre malade ; effondrée sur son lit, elle était incapable non seulement d'un effort, mais encore d'un mouvement ; elle avait à peine la force de répondre aux questions qu'on lui adressait. Cet affaiblissement si intense

avait apparu brusquement ; en quelques heures, la malade paraissait avoir perdu toute son activité physique.

Une autre manisfestation bien caractéristique était l'abaissement de la pression artérielle, symptôme qui s'observe dans tous les cas d'insuffisance fonctionnelle des glandes surrénales. La tension baissait progressivement jusqu'à 9 pour se relever lentement après la disparition des accidents et atteindre au moment de la guérison 13,5, chiffre sensiblement normal. A l'hypotension s'associaient d'autres signes qui attestaient la perturbation de l'équilibre circulatoire : la petitesse du pouls, le refroidissement des extrémités, la faiblesse des bruits du cœur, la tendance aux syncopes. L'examen du cœur ne permettait pas de rapporter ces troubles circulatoires à une altération matérielle de la fibre cardiaque.

Des cachets d'extrait surrénal de Carrion à la dose de trois par jour amenèrent une amélioration très rapide et ensuite la disparition graduelle de tous les accidents.

III

L'hémiplégie dans la scarlatine.

A propos d'une petite malade de six ans, qu'ils ont observée l'année dernière et qui fut atteinte d'une hémiplégie dans le cours d'une scarlatine assez intense, MM. Gouget et Pélissier ont fait des recherches sur les hémiplégies survenant dans la scarlatine et donnent à la Société le résultat de leurs recherches.

Ils ont relevé, dans la littérature médicale, 69 observations ; voici les particularités les plus intéressantes :

L'hémiplégie survient presque autant dans les scarlatines

légères que dans les graves ; elle est un peu plus fréquente dans le *sexe féminin ;* elle survient de la 3e à la 6e semaine et surtout pendant la 3e et la 4e.

Dans plus de la moitié des cas, l'hémiplégie a coïncidé avec une *néphrite* et surtout une néphrite grave.

Dans 40 observations, où les circonstances d'apparition de l'hémiplégie ont été notées exactement. On en trouve 28 où la paralysie a été précédée immédiatement de *convulsions*.

Elle siège beaucoup plus souvent à droite (42 fois sur 58 cas).

Elle est presque toujours *complète*, souvent *totale*, c'est-à-dire intéressant la face en même temps que les membres ; elle s'accompagne souvent d'*aphasie*.

Son pronostic est grave : sur 61 cas, on relève 11 guérisons, 5 cas très améliorés, 34 hémiplégies définitives et 11 morts.

IV

Huit cas de méningite cérébro-spinale, dont cinq traités par le sérum de Dopter.

MM. Barbier et Vaucher font une communication nouvelle sur la maladie en ce moment à l'ordre du jour. Ils sont favorables à l'emploi du sérum de Dopter qui a une triple action.

Sur la température ;

Sur les phénomènes méningés ;

Sur la durée de la maladie.

1° Sur la température il amène, quelquefois rapidement, une détente et, dans tous les cas, le lendemain de l'injec-

tion la température matinale est moins élevée qu'elle ne l'était la veille.

Lorsque l'injection a été faite dans la matinée, l'amélioration est souvent déjà constatable quatre à cinq heures après. Dans d'autres cas, la défervescence se fait plus lentement, en lysis.

2° Sur les phénomènes méningés :

Parallèlement à la baisse thermique on observe la diminution d'intensité du Kernig, de la raideur de la nuque, de l'agitation et de céphalée.

Ces signes s'accentuent de nouveau lorsque la température s'élève, mais cèdent à de nouvelles injections sériques.

3° Enfin, la durée de la maladie est notablement abrégée dans les cas traités. Il suffit de comparer les tracés thermiques de l'observation I (34 jours d'hyperthermie) et de l'observation II (35 jours) à ceux des observations V, VI et VII (1) pour se rendre compte que, dans tous les cas, la chute thermique définitive a été rapidement amenée et la convalescence précoce :

Dans l'observation V au quatorzième jour ;

Dans l'observation VI au neuvième jour ;

Dans l'observation VII au onzième jour.

4° Nos malades n'ont présenté aucune des séquelles surdité, paralysies oculaires, etc., si fréquentes à la suite de beaucoup de méningites cérébro-spinales.

La dose de sérum employée n'a jamais dépassé 40 centimètres cubes dans les observations que nous rapportons et nous n'avons pas répété les injections plusieurs jours consécutifs comme le conseillent MM. Netter et Debré, car

(1) Les observations I et II n'ont pas été traitées par le sérum antiméningococcique.

l'amélioration obtenue a été extrêmement rapide et s'est maintenue complète.

Dans la discussion qui a suivi, M. Claisse rapporte l'histoire d'une jeune femme atteinte d'une méningite cérébro-spinale foudroyante, puisqu'elle mourut dans le coma trente-six heures après le début des accidents et chez laquelle, une ponction lombaire pratiquée quelques jours après le début de la maladie fournit un liquide clair contenant, après centrifugation, des lymphocytes. Le liquide, recueilli après la mort, contenait des méningocoques.

M. Netter a observé plusieurs cas dans lesquels la ponction a donné un liquide clair, contenant des lymphocytes; et cela peut s'observer au début de méningite ou à une période plus avancée. Des cas analogues ont été signalés par d'autres observateurs et M. Netter croit qu'il vaut mieux dans ces cas, malgré le doute sur la nature exacte de la réaction méningée, injecter du sérum ; cette pratique ne peut avoir aucun inconvénient et l'abstention peut en avoir de graves.

V

Méningite cérébro-spinale épidémique compliquée d'hémiplégie.

(*Séance du 14 mai*). — MM. Castaigne et Rivet rapportent l'histoire d'un malade guéri de la méningite, mais qui garde comme séquelle une hémiplégie avec contracture ; il a d'abord été traité par l'électrargol et c'est quand on considérait l'état comme désespéré qu'on a eu recours à la sérothérapie ; la comparaison entre les deux méthodes thérapeutiques apparaît favorable au sérum.

VI

La méningite cérébro-spinale a Rennes.

(*Séance du 21 mai*). — M. Salebert, médecin de l'hôpital de Rennes a observé cet hiver 18 cas de méningite cérébro-spinale et il vient nous donner ses résultats thérapeutiques.

Les quatorze premiers cas traités sans sérum ont donné dix morts ; les quatre derniers cas traités par le sérum ont tous guéri. Ces chiffres sont suffisamment éloquents par eux-mêmes.

VII

Vingt-trois cas de méningite cérébro-spinale traités par le sérum antiméningococcique.

Le Dr Teissier a soigné dans un pavillon d'isolement de l'hôpital Claude-Bernard, vingt-trois cas de méningite cérébro-spinale avec 7 morts.

VIII

Quatre cas de rétrécissement cicatriciel dus a un ulcère rond de l'œsophage.

M. Guisez lit ces quatre observations, dont une concerne une de nos malades et conclut que les rétrécissements cicatriciels qui existaient chez ces quatre malades avaient eu pour point de départ des ulcères de l'œsophage.

Le siège de ces rétrécissements cicatriciels est au-dessus du cardia, à la partie terminale de l'œsophage ; la cicatrice consécutive à l'ulcère est unique, contrairement à ce qui arrive dans la plupart des rétrécissements cicatriciels.

L'aspect œsophagoscopique dans tous ces cas a toujours été à peu près le même; il s'agit d'une cicatrice blanchâtre occupant une portion assez large des parois œsophagiennes. La paroi à ce niveau est blanche, grisâtre, elle a perdu sa souplesse. Le pertuis œsophagien est plus ou moins étroit, réduit à un véritable point dans l'observation n° 2, attendu que chez cette malade, l'alimentation aux liquides était même devenue impossible. Sauf dans l'observation n° 1, dans tous les autres cas, le pertuis était excentrique et était rejeté vers l'une des parois de l'œsophage.

Dans un seul cas seulement il existait une dilatation marquée au-dessus du rétrécissement ; parce que les accidents avaient eu une évolution très lente et que le rétrécissement avait amené une imperméabilité presque absolue.

La dilatation et les injections de fibrolysine ont amené la guérison de ces malades.

IX

Sept nouveaux cas de cardiopasmes a forme grave.

Seconde communication de M. Guisez au sujet de spasme du cardia, avec contraction de cet orifice, dilatation de l'œsophage au-dessus.

Chez tous ces malades, après une période plus ou moins longue où le spasme survenait de temps à autre, soit au commencement, soit dans le cours du repas, à l'occasion d'une émotion, d'une contrariété, la dysphagie était devenue permanente, simulant un rétrécissement de l'œsophage; les troubles de nutrition consécutifs à la difficulté de l'alimentation avaient, chez la plupart, amené un état de cachexie qui pouvait en imposer pour une affection organique.

Il existe aussi presque toujours un spasme de l'extrémité supérieure de l'œsophage.

L'œsophagoscopie permet de faire le diagnostic exact de la nature de la maladie et de faire un traitement curatif rationel par la dilatation au moyen de bougies et du ballon de Gottstein.

X

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE A MÉNINGOCOQUES. TRAITEMENT SÉROTHÉRAPIQUE PROLONGÉ. ACCIDENTS D'INTOXICATION SÉRIQUE PAR INTOLÉRANCE OU ANAPHYLAXIE. GUÉRISON.

(*Séance du 28 mai*). — MM. MÉNÉTRIER et MALLET ont observé un nourrisson de onze mois atteint de *méningite cérébro-spinale à méningocoque*. Cette observation est intéressante parce que le sérum anti-méningococcique a amené la guérison malgré le très jeune âge du sujet et par les symptômes d'intoxication qu'il a produits.

Ces symptômes sériques n'ont apparu qu'après plusieurs injections : ils ont consisté en élévation thermique, commençant trois heures après l'injection et atteignant son summum six heures après ; il existe en même temps une grande agitation chez l'enfant.

L'état général paraissant bon, les signes méningitiques ayant beaucoup diminué, on cesse les injections et tout rentre dans l'ordre.

XI

DES ACCIDENTS CONSÉCUTIFS A L'EMPLOI DU SÉRUM ANTIMÉNINGOCOCCIQUE. ANAPHYLAXIE. LES ÉLÉVATIONS DE LA TEMPÉRATURE NE SAURAIENT A ELLES SEULES SUFFIRE POUR FAIRE POURSUIVRE LES INJECTIONS.

M. NETTER, à propos de la communication précédente,

établit *qu'elles peuvent être les suites fâcheuses des injections de sérum* et *sur quoi on doit se baser pour abandonner ou renouveler les injections intra-rachidiennes.*

C'est un des médecins qui a le plus fait d'injections de sérum antiméningococciques (plus de 250); il a donc une expérience personnelle considérable.

Les accidents post-sériques les plus graves qu'il a constatés se sont montrés chez son fils.

Il savait en l'injectant à quoi il s'exposait ayant eu l'occasion près de trois ans auparavant de constater sa susceptibilité vis-à-vis du sérum de cheval.

« Il avait en effet été injecté pour la première fois en décembre 1901 à l'occasion d'une diphtérie et avait déjà présenté de l'urticaire tardif.

« En juillet 1906, ma fille ayant contracté une diphtérie grave, je fis à ses deux frères des injections préventives. Une demi-heure après cette injection, mon plus jeune fils est pris d'une anxiété extrême. Nous accourons et le trouvons assis sur son séant, respirant avec effort, la face cyanosée. Une éruption généralisée d'urticaire, déterminant une tuméfaction énorme des paupières et de toute la face m'éclaire immédiatement sur l'origine du mal. Il s'agit d'accidents sériques et vraisemblablement d'urticaire des voies aériennes. L'administration de chlorure de calcium amène une atténuation très prompte.Elle n'empêche pas l'apparition ultérieure, le cinquième jour, d'une nouvelle éruption ortiée.

« Dans ces conditions, je me doutais bien qu'une injection intrarachidienne de sérum antiméningococcique ramènerait des accidents du même ordre. Cette perspective ne pouvait toutefois me détourner d'employer une médica-

tion dont je savais l'efficacité, alors que je me trouvais en présence d'un cas très grave.

« J'injectai donc 30 centimètres cubes de sérum de Flexner le 13 et renouvelai des injections de même dose les 14 et 15.

« Trois quarts d'heure après la première injection, mon fils se plaint de malaise, de nausées. Sa face tout entière se tuméfie énormément. La dyspnée cependant est moins vive qu'en 1906. Le chlorure de calcium paraît ici encore avoir agi d'une façon favorable.

« Après la troisième injection, apyrexie qui dure trois jours et demi. Mais au bout de ce temps reprise de douleurs dans le dos, dans la continuité des membres, dans les articulations, fièvre, accentuation de la raideur de la nuque et du signe de Kernig. On aurait pu croire à une reprise de la méningite, recommencer les injections. Je n'en fis rien, convaincu que nous assistions au début d'accidents sériques. L'événement justifie ma prévision. Plusieurs poussées d'urticaire se succèdent pendant trois jours et la guérison s'affirme sans qu'une nouvelle intervention ait été nécessaire. »

Un peu plus du tiers des malades de Netter ont eu une éruption d'urticaire, vers le dixième jour, avec fièvre et manifestations douloureuses, mais sans présenter des accidents comparables à ceux de son fils.

D'autres auteurs signalent des accidents sériques analogues.

M. Netter a observé aussi quelquefois des poussées fébriles avec douleurs, indépendantes de toute exacerbation de la méningite et qui lui paraissent devoir être mises sur le compte des injections de sérum, même en l'absence d'éruptions.

Pour savoir si les accidents fébriles sont les signes d'une reprise de méningite, si la persistance des phénomènes de raideur et du signe de Kernig nécessitent de nouvelles injections de sérum, on doit se baser sur les caractères du liquide céphalo-rachidien ; il faut continuer les injections tant que le liquide contient des méningocoques.

M. Dopter croit que ces caractères sont suffisants dans la majorité des cas ; cependant, dans un cas où le liquide céphalo-rachidien, trouble au début, était devenu clair à la suite du traitement sérothérapique, les symptômes méningés restant les mêmes, on s'abstint de renouveler les injections de sérum. Le malade succomba; on fit l'autopsie : rien du côté de la base ni de la moelle ; toutes les lésions siégeaient au niveau de la corticalité. Les caractères normaux du liquide céphalo-rachidien avaient donc, cette fois, donné de fausses indications sur l'état anatomique des méninges.

XII

Un cas de typhus exanthématique importé d'Algérie.

M. Pissavy a observé, en ville, un cas de typhus exanthématique.

Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-quatre ans, revenant de Batna (département de Constantine) avec un état fébrile attribué à la grippe.

Il était malade depuis le 1er mars, jour où il avait couché à Constantine ; il était revenu à Paris, avec une forte fièvre pendant tout son voyage ; à son arrivée le 7, il avait 39°2 ; purgé le 8, il avait le soir 40°3 et 40°6 le matin du 9 mars, jour où le Dr Passavy l'examina : dépression.

céphalée, douleurs dans les membres, gêne dans la gorge, langue saburrale, pharynx rouge, urines non albumineuses ; deux ou trois taches rosées bien nettes.

Le Dr Pissavy conclut à une fièvre typhoïde, bien qu'il ne constata ni diarrhée, ni douleur, ni gargouillement dans la fosse iliaque, ni ballonnement du ventre, ni augmentation de volume du foie et de la rate. Il nota en même temps trois autres symptômes : congestion des yeux, respiration rapide et crépitation sèche des bases pulmonaires.

Quelques jours après se développa une éruption qui fit établir le diagnostic. L'abdomen, le thorax, surtout dans ses parties latérales, les membres supérieurs et les membres inférieurs se couvrirent d'éléments éruptifs, les uns grands comme une tache rosée ordinaire, les autres plus étendus et rappelant les macules isolées de la rougeole. Quelques-uns de ces éléments disparurent sans laisser de traces, mais la plupart prirent un aspect ecchymotique des plus net.

L'éruption eut son apogée le 23 mars, 13e jour de la maladie.

M. Pissavy pensa alors au typhus exanthématique et M. Netter vint confirmer son diagnostic.

La marche ultérieure de la maladie fut caractéristique ; dès le 17e jour, la température commença à baisser et la défervescence se fit assez rapidement.

Le malade présenta quelques accidents *cardiaques*. Le 12e jour, le pouls ordinairement à 80 avait monté à 100, puis à 115 avec un caractère de mollesse qui fit suspendre les bains froids et donner des injections d'huile camphrée.

Les pulsations étaient meilleures le 14e jour, lorsque M. Netter vit le malade ; il conseilla cependant si les ac-

cidents se reproduisaient de donner toutes les cinq heures, par la bouche trois gouttes de la solution d'adrénaline au 1.000e.

Le soir même, le malade était pris de tendances syncopales avec 41,2, pouls d'une faiblesse extrême ; injection d'huile camphrée, de caféine et administration de l'adrénaline. L'amélioration fut assez rapide ; l'adrénaline fut cependant continuée jusqu'à la défervescence ; M. Pissavy nota, pendant l'administration de ce médicament, un bruit de galop du cœur gauche, qui disparut peu de temps après la cessation de l'adrénaline.

Les renseignements obtenus d'Algérie firent connaître qu'il existe dans le département de Constantine deux foyers endémiques de typhus. En ce moment, il régnerait une épidémie sérieuse partie de la Kabylie et s'étendant à Souk-Ahras, Bougie et Constantine. Ce serait donc en passant dans cette ville que le malade aurait contracté la maladie; comme les premiers symptômes ont apparu quelques heures après son arrivée, l'incubation aurait été à peu près nulle, ce qui se rencontre assez souvent.

Le typhus passe pour très contagieux et cependant ce malade n'a donné son mal à aucun de ceux qui l'approchaient : père, mère, garde-malade constamment en contact ; cinq autres enfants et un nombreux personnel passant à proximité de la chambre du malade ; au début, pensant à la grippe, il n'y avait eu aucun isolement.

Ce fait confirme l'opinion de M. Netter, que le typhus, très contagieux dans la classe pauvre, ne l'est pour ainsi dire pas dans la classe aisée.

Dr MARC JOUSSET.

SOCIETE DE BIOLOGIE

De la précipito-réaction de Vincent dans la méningite cérébro-spinale.

M. Louis de Rennes, a communiqué dans la séance du 22 mai de la Société de Biologie un travail confirmant entièrement les résultats obtenus par M. Vincent dans le diagnostic de la méningite cérébro-spinale. On se rappelle que la méthode de M. Vincent consiste en la technique suivante : deux tubes, l'un renfermant 50, et l'autre 100 gouttes de liquide, éclairci au centrifugeur, reçoivent chacun une goutte de sérum agglutinant, un troisième tube sert de témoin ; ils sont placés à l'étuve réglée à 55 degrés ; les tubes contenant le liquide résultant de la ponction lombaire se troublent au bout de quelques heures quand le malade est atteint de méningite cérébro-spinale, le tube témoin reste parfaitement clair.

Comparaison de la voie gastrique et de la voie sous-cutanée au point de vue des doses minima mortelles.

Cette communication a été faite dans la séance du 22 mai par M. Maurel ; de ses expériences, un premier résultat qui était déjà généralement admis, c'est que la toxicité des médicaments est toujours plus considérable par la voie sous-cutanée que par la voie gastrique.

Les écarts de toxicité entre la voie gastrique et la voie sous-cutanée, varient avec chaque agent médicamenteux. Les écarts sont surtout considérables pour les *Glucosides*, comme la *convallamarine*, la *strophantine* et la *digitaline*.

L'auteur explique cette grande différence de toxicité

des glucosides, par la voie sous-cutanée et la voie stomacale, par l'action du suc gastrique sur les glucosides avant leur absorption.

Il conclut aver raison que la voie gastrique est une mauvaise voie d'administration pour les glucosides.

Liquide céphalo-rachidien, limpide pendant les 24 premières heures des méningites cérébro-spinales.

MM. Netter et Debré ont présenté dans la séance du 29 mai, de la Société de Biologie, un travail sur cette question.

Ces auteurs rappellent qu'en général le liquide retiré par la ponction lombaire dans les méningites cérébro-spinales est trouble ou nettement purulent et que les polynucléaires dominent dans ce liquide ; au contraire, un liquide clair, renfermant surtout des lymphocytes, correspond à une méningite tuberculeuse.

De ces faits, on pouvait conclure que toutes les fois qu'on retire par la ponction lombaire un liquide clair, on a affaire à une méningite tuberculeuse, or, cette conclusion consacrerait une erreur, puisque la clinique démontre que dans un certain nombre de cas, le liquide céphalo-rachidien retiré par la ponction est clair et transparent au début de certaines méningites cérébro-spinales.

Je remarque expresément que ces liquides, que MM. Netter et Debré qualifient de *clairs*, n'ont qu'une limpidité trompeuse, et qu'en les examinant de très près, on peut constater qu'ils n'ont pas la transparence parfaite, la clarté d'eau de roche du liquide normal, mais une opalescence extrêmement légère avec des reflets tantôt jaunes, tantôt gris. Mais l'examen microscopique permet de constater

l'existence de cellules mononucléaires et de microbes, en général extrêmement abondants ; ces microbes sont les diplocoques de Weischelbaum.

En résumé, cette limpidité des liquides, pendant les premières vingt-quatre heures, est plus apparente que réelle : un examen approfondi permet toujours de reconnaître dans ces liquides, les caractères de la méningite cérébro-spinale.

Du rôle de la syphilis dans l'étiologie de la démence précoce, par Roubinowitch et Levaditi.

Il résulte de ce mémoire (29 mai 1905), que la démence précoce se développe en dehors de toute influence syphilitique héréditaire ou acquise.

Goitre exophtalmique et asystolie mortelle.

Dans la séance du 18 mai, MM. Boinet et Rouslanora ont fait une communication dont nous retenons ce qui suit. Dans les deux cas sur lesquels sont établies les conclusions des auteurs, la terminaison par une asystolie mortelle de la maladie de Basedow, est en rapport avec l'état du corps thyroïde ; cet organe présentait des altérations typiques du goître folliculaire, avec extrême abondance de matières colloïdes ; et son hypertrophie, comme ses troubles vasculaires, correspondait à l'hyperfonctionnement de cette glande ; et les symptômes observés doivent être rapportés à cette hyperthyroïdation.

Ajoutons, pour être complet, que dans ces deux cas, le *thymus* présentait une sorte de reviviscence.

Dr P. Jousset.

ANNALES DE L'INSTITUT PASTEUR

De l'endotoxine coquelucheuse.

MM. Bordet et Jingon publient dans le vingt-troisième volume des *Annales de l'Institut Pasteur*, un travail sur l'action de la toxine produite par le microbe spécial de la coqueluche.

Cette toxine est très difficile à obtenir et nous renvoyons à la technique critiquée par les auteurs, nous bornant à rappeler ici l'effet produit par cette toxine sur les organismes vivants.

Injectée à la dose de 1/4 à 1/2 centimètre cube dans le péritoine d'un cobaye, ce liquide détermine la mort en 24 heures et produit des lésions identiques à celles déterminées par le microbe coquelucheux lui-même : exsudation péritonéale, abondante, hémorrhagique, pétéchie péritonéale, congestion très intense de l'intestin, épanchement pleurétique abondant, congestion hépatique et rénale, et foyer hémorragique dans les capsules surrénales.

Les injections sous-cutanées de la toxine coquelucheuse déterminent un œdème hémorrhagique suivi d'une gangrène étendue à la peau de la région où s'est fait l'injection.

Tout porte à croire que chez l'enfant la toxine coquelucheuse détermine une nécrose du revêtement épithélial de la trachée et des bronches, et que c'est à cette lésion qu'on doit attribuer la longue durée de la maladie.

Des essais de traitement à l'aide du sérum d'un cheval ayant subi de nombreuses injections du microbe coquelucheux, ont, en général, été peu satisfaisants; les essais de vaccination sur les animaux n'ont pas réussi.

En résumé, la clinique n'a pas à profiter des expériences que nous venons de rapporter ; le cobaye et le lapin ne réagissent pas comme l'enfant sous l'impression de la toxine coquelucheuse ; sans cela, nous ne pourrions nous expliquer les améliorations rapides et les guérisons obtenues en peu de temps par le traitement homœopathique.

DE LA TRANSMISSION HÉRÉDITAIRE DE L'IMMUNITÉ ANTIRABIQUE.

Le Dr Remlinger, dans ce même fascicule, étudie la question de la transmission héréditaire de l'immunité antirabique. La conclusion de ce mémoire est que cette hérédité est nulle, quant c'est le père qui a été immunisé, qu'au contraire elle peut se transmettre quand la mère est immunisée et que les pratiques d'immunisation sont répétées pendant la gestation.

En résumé, aucune conclusion pratique à retirer de ce travail.

P. J.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ANGLAIS

EXTRAIT THYROIDIEN ET INCONTINENCE D'URINE.

Le Dr Léonard Williams, médecin de l'hôpital français rapporte à la *Lancet*, l'observation d'un garçon de 9 ans qui était atteint d'incontience nocturne d'urine. Tout petit il avait été circoncis, ce qui permettait d'éliminer l'influence causale du phimosis. Comme il présentait des vé-

gétations adénoïdes, on les lui enleva, ce qui eut pour résultat d'aggraver considérablement l'incontinence. Pensant que l'ablation des adénoïdes avait pù priver le malade d'une sécrétion interne qui l'avait jusqu'alors partiellement protégé contre l'incontinence, l'auteur décida d'essayer de l'extrait thyroïdien. Il le fit en raison des relations internes du corps thyroïde avec les organes lymphoïdes. A ce moment l'enfant était maigre, rouge, et intelligent, mais plus petit de 2 pouces que la moyenne de son âge. Il se mit à prendre un demi-grain d'extrait thyroïdien le soir et le matin. L'incontinence disparut immédiatement, et sous l'influence du traitement thyroïdien ne reparut jamais. Six jours après le début du traitement il avait gagné en poids, et en 15 jours atteignait à peu près la moyenne de son âge.

(*The Brit. hom. Review*, juin 1909.)

La Pate de Bismuth dans le traitement des cavités pathologiques.

Des personnes d'une santé bonne sous les autres rapports peuvent être condamnées à une demi-invalidité par un écoulement chronique venant d'une fistule, ou d'une cavité tuberculeuse, et sont exposées à un risque permanent d'intoxication septique. Les chirurgiens américains emploient beaucoup dans ce cas la pâte de bismuth de Beck, consistant en une partie de sous-nitrate de bismuth et deux parties de vaseline, le mélange étant soumis à l'ébullition. Cette pâte est injectée pendant qu'elle est fluide, mais pas trop chaude, et sous une certaine pression, dans la cavité, avec une seringue de verre stérilisée et une sonde uréthrale. On maintient une certaine pression avec un tampon de gaze jusqu'à ce que la pâte se soit refroidie. S'il est nécessaire,

on peut ajouter à la pâte un peu de paraffine molle pour lui donner le point de fusion convenable. L'injection peut être répétée tous les 4 ou 5 jours, mais souvent une seule injection suffit. On donne une liste de 192 cas traités par cette méthode, dont 66 0/0 furent guéris, 28 améliorés, 6 sans résultat. C'étaient surtout des tuberculoses osseuses, articulaires ou ganglionnaires, et aussi des ostéomyélites de divers os. Il y eut 14 cas de guérison de pleurésies purulentes, et 4 échecs.

Il semble qu'il y ait fort à craindre l'empoisonnement par le bismuth, malgré l'abondance de la pâte employée : 100 grammes seraient cependant la limite maxima. Si la cavité en demaunde plus, il faudrait diminuer la proportion de bismuth.

(*Brit. hom. Review*, juin 1909.)

Mercurius Corrosivus dans la cystite.

Le Dr Woodbury, de Portsmouth rapporte deux cas de cystite avec une observation détaillée.

Dans le premier cas, un homme de 59 ans était atteint depuis plusieurs mois d'une cystite qui s'était accompagnée successivement de pyélite (Cantharis, Berberis) et d'orchite (Hamamelis, Pulsat.) avec des accès de fièvre indiquant une infection persistante.

Les symptômes prédominants étaient : besoin soudain d'uriner, avec plus ou moins de ténesme vésical après la miction, faiblesse excessive, coryza âcre, fluent et soif intense. On prescrivit Merc. corros. 3e trit. décimale. Au bout de peu de jours, l'urine devint claire, cessa de contenir des globules de pus, et un mois après le malade se déclarait complètement guéri.

Dans le deuxième cas, une dame de 60 ans était atteinte

de cystite avec douleurs à la miction bientôt insupportables; la miction était très fréquente, douloureuse, et l'urine contenait du sang : la malade était nerveuse et agitée, faible. présentait de la transpiration des mains, une langue chargée.

Après échec du Cantharis et Belladone, on prescrivit Corros. 3ᵉ X, sous l'influence duquel le ténesme disparut complètement et l'urine redevint normale.

(*New England Méd. Gazette*, mai 1909.)

TRAITEMENT DE L'OTITE MOYENNE.

Le Dʳ George W. Mac Dowell expose le traitement chirurgical et médical de l'otite moyenne. Nous citons cette deuxième partie.

Ordinairement le stade Bellad, Ferrum phosph., Bryonia et Gelsemium est celui qui précède la formation du pus ou au moins la rupture ou l'ouverture du tympan. On doit ensuite s'adresser à d'autres médicaments.

Chamomilla est utile aussi bien avant qu'après l'apparition de la suppuration, spécialement chez les enfants au moment de la dentition, et chez les adultes qui paraissent avoir une sensibilité exagérée.

Ferr. phosph. Je l'ai trouvé utile dans les cas de suppuration quand les symptômes aigus ne persistent pas après l'établissement de l'écoulement, le tympan restant profondément congestionné avec douleur et battement dans l'oreille.

Hepar sulf. est probablement le plus communément employé de nos remèdes, souvent sans doute sans autre indication particulière que l'écoulement de l'oreille. La sensibilité de l'oreille au toucher, spécialement prononcée quand

on introduit dans l'oreille le porte-coton, l'aggravation des symptômes par le froid et le soulagement par les applications chaudes, sont les indications de Hepar.

Silicea, qui est ordinairement indiqué dans les suppurations chroniques plutôt qu'aiguës, ressemble à Hepar par la sensibilité au froid et le soulagement par la chaleur.

Il est caractérisé par un écoulement séreux, avec un manque absolu de sensibilité de l'oreille aux manipulations. J'ai vu un enfant, sujet de Silicea, qui criait quand on voulait essayer d'examiner son oreille, fermer les yeux avec une expression tout à fait satisfaite quand on introduisait le coton dans l'oreille pour la nettoyer. Il est aussi utile pour fermer les perforations quand l'écoulement a cessé.

Les divers *Calcarea* sont extrêmement utiles dans la nombreuse classe des enfants scrofuleux que nous voyons si souvent dans les cliniques urbaines. Je n'ai pas besoin d'en mentionner les caractéristiques que nous connaissons bien.

Je désirerais simplement rappeler que comme les végétations adénoïdes et l'hypertrophie des amygdales sont des facteurs pathogéniques de la suppuration aiguë ou chronique de l'oreille moyenne, il ne faudrait pas perdre de temps avant d'essayer de faire disparaître ces tuméfactions par les remèdes internes, la suppuration pouvant amener une terminaison fatale ou la perte de la fonction. Dans ces cas, le temps est un élément de grande importance.

Hydrastis. Ecoulement auriculaire de caractère muco-purulent, avec écoulement rétro-nasal de mucus épais. Le Dr Cooper dit : Hydrastis a probablement une plus forte action pathogénétique sur l'oreille que tout médicament connu, et, d'après mon expérience, a certainement une très grande action curative. Il conseille comme application lo-

cale dans la suppuration chronique un drachme de teinture d'hydrastis pour une once de glycérine.

Cette application ne m'a pas donné des résultats aussi satisfaisants qu'au Dr Cooper.

Capsicum a de l'utilité pour soulager la douleur dans les premiers stades de l'envahissement de la mastoïde, mais a probablement peu de valeur pour la suppuration progressive des cellules mastoïdiennes.

Dans le stade de convalescence, Mercurius Dulcis et Kali muriaticum sont utiles pour la résorption de l'exsudat et le rétablissement de perméabilité de la trompe d'Eustache.

(*New England Méd. Gazette*, avril 1909.)

Dr Paul Tessier.

JOURNAUX FRANÇAIS

Mécanisme de l'albuminurie orthostatique. — Lemoine et Linossier. (*Presse Médicale*, 24 *mars*.)

D'après ces auteurs, la cause de l'albuminurie orthostatique serait une insuffisance de l'irrigation sanguine du rein, due soit à l'abaissement de la pression sanguine comme le signalait déjà Potain, soit à l'intervention d'une gêne locale dans la circulation du rein. C'est donc sur la vascularisation du rein qu'agit l'orthostatisme et cela suivant des mécanismes divers et diversement interprétés. Mais pourquoi l'orthostatisme provoque-t-il l'albuminurie chez certains sujets et non chez d'autres ? Soit en exagérant le trouble circulatoire que provoque normalement dans le rein la station debout; — soit en rendant le rein plus sensible à ce trouble circulatoire.

D'où cette conclusion (que faisait déjà admettre la clinique), qu'il n'y a d'albuminurie orthostatique que chez les sujets ayant déjà les reins lésés du fait d'une maladie antérieure.

Paralysie laryngée dans la convalescence de fièvre typhoide. — (*Presse médicale*, 12 *mai*.)

Il s'agit dans cette observation d'un garçon de vingt ans, convalescent d'une fièvre typhoïde méconnue, entré à la clinique du professeur Teissier ; ce malade présente rapidement des troubles de la voix avec dyspnée, tirage et cornage.

L'examen laryngoscopique permit de reconnaître la paralysie des crico-aryténoïdiens postérieurs. Malgré une trachéotomie pratiquée d'urgence, le malade succomba.

A l'autopsie, lésions ordinaires de la fièvre typhoïde, intégrité du larynx ; mais l'examen histologique des récurrents fit voir la lésion classique de la névrite segmentaire périaxile de Gombaud.

Des accidents aigus de la sérothérapie anti-tuberculeux. (*Bulletin médical*, 7 *avril*.)

La conclusion à tirer de l'article publié sur ce sujet, dans le *Bulletin médical*, c'est qu'on devrait renoncer à traiter les tuberculeux par la *Sérothérapie*. Que ces accidents éclatent immédiatement après l'injection, ou quelques heures après, ils sont toujours violents, semblent menacer le malade d'une mort prochaine, et, quoique toujours, ils finissent par disparaître complètement, ils ont une influence défavorable sur la marche de la maladie.

Les malades restent sensiblement diminués ; leur situa-

tion s'est aggravée, et on peut dire que l'époque de la terminaison fatale est toujours avancée. Voici quels sont les accidents qui surviennent par ce traitement : 25 à 30 secondes après l'injection, le malade est pris d'une toux coqueluchoïde ; la face se cyanose violemment, la mâchoire se contracte, la respiration est stertoreuse, le malade présente le tableau d'une asphyxie, le pouls est faible et très lent ; la face et la peau se recouvrent de taches livides ; la pâleur du visage augmente, le malade se sent mourir, il est dans un état de lipothymie très prononcé, puis la réaction se produit, la température s'élève, céphalée, sueur, puis, après 24 ou 48 heures, tous ces phénomènes disparaissent. Ces accidents d'allure terrifiante, peuvent faire absolument défaut, mais comme aussi ils peuvent toujours se montrer, on comprend la répugnance qu'ont beaucoup de médecins pour le traitement de la tuberculose par les injections de sérum.

Nous n'hésitons pas à le dire ; tous ces accidents tiennent à l'emploi des sérums de cheval, d'âne ou de chèvre qui servent aux injections, aussi, nous les avons absolument supprimés de notre pratique.

Nous employons dans le traitement de la tuberculose, la culture pure du *Bacille de Koch*, en injections, seulement, nous ne l'employons qu'atténuée ; nous rejetons l'atténuation qui se fait dans l'organisme d'un animal, parce que, comme nous venons de le voir, le sérum qui le fournit et qui contient l'anti-toxine, peut produire des accidents graves. Nous atténuons la culture de bacille de Koch par le vieillissement, ou par des dilutions successives, comme le fait Denys, de Louvain.

Nous avons communiqué au Congrès antituberculeux de 1906, un travail sur l'atténuation des cultures du bacille de

Koch par le vieillissement ; ce sujet est encore pour nous à l'étude, et nous expérimentons en ce moment une culture vieille de 4 ans ; plus tard, nous publierons les résultats.

Pour les malades, nous nous servons de la culture filtrée de Denys en ayant soin de commencer nos injections par des doses très faibles (au 100.000.000^{emmes}), comme on pourra le voir dans l'article du numéro de mai de l'*Art Médical*.

En résumé, il faut conserver la sérothérapie dans le traitement de la tuberculose, seulement, on devra atténuer le bacille de Koch par des dilutions ou par le vieillissement, et non point par son passage à travers un organisme vivant.

Avec cette technique, on conservera à la thérapeutique un moyen puissant et exempt d'inconvénients.

De l'ictère grave post-chloroformique.

Le professeur Quénu publie dans le n° 40 du *Bulletin Médical*, une leçon clinique sur l'ictère grave post-chloroformique. Cet accident, heureusement fort rare, présente un ensemble de symptômes qui répondent à la fois à l'ictère grave et à l'urémie. Le 3° ou 4° jour après la chloroformisation, la maladie commence ; elle débute habituellement par de l'ictère, des vomissements et quelques douleurs à l'épigastre ; en même temps la quantité d'urine diminue beaucoup et diminue chaque jour, elle tombe à 500 gr. et au-dessous par 24 heures ; fortement ictérique, elle renferme des pigments biliaires, de l'urobiline et presque toujours une quantité notable d'albumine ; l'urée est habituellement de 20 à 22 gr. en 24 heures. Un jour ou deux après ce début, en apparence bénin, l'état devient excessivement grave, l'agitation est extrême ; le malade se découvre cons-

tamment, il est en proie au délire, il ne répond pas aux questions qu'on lui adresse ; céphalalgie, sécheresse de la langue et des lèvres, température, 38°5 à 39°, pouls très fréquent et petit ; la quantité d'urine diminue de plus en plus. Rapidement la fièvre s'aggrave, le malade a du hoquet, de la dyspnée, du nystagmus ; il tombe dans le coma, les urines se suppriment tout à fait ; la température monte à 40 et au-delà, le pouls est incomptable respiration de *Cheynes Stokes* et la mort survient.

Dans un cas où on a pû faire l'autopsie, on a constaté l'atrophie des cellules hépatiques, et l'absence complète de bactéries ; le rein est le siège d'une néphrite épithéliale, la chloroformisation ne doit donc plus être considérée simplement comme un moyen d'engourdir temporairement les propriétés du système nerveux; c'est plus que cela : c'est une imprégnation générale des tissus, amenant une altération cellulaire constante, plus ou moins considérable.

Les expériences faites sur les animaux, et les constatations nécropsiques chez l'homme démontrent que le chloroforme a une action élective sur les glandes rénale et hépatiques.

Les chiens soumis à l'intoxication chloroformique présentent la lésion de néphrite épithéliale aiguë, le foie est le siège d'une hémorragie abondante et porte des lésions de dégénérescence hyaline et granuleuse.

L'HÉMOSTASE CHEZ LES HÉMOPHILES OPÉRÉS. — (*Presse médicale*, 22 *mai* 1909.)

Qu'il s'agisse d'une plaie opératoire ou d'une plaie accidentelle, l'indication est toujours la même : combattre la propriété que possède tout organisme sain de mettre fin aux hémorragies par la coagulation du sang.

Un moyen auquel on doit beaucoup de succès, est le sérum frais, employé sous forme d'injection cutanée ou même intra-veineuse ; il faut retenir que ce moyen est ordinairement efficace.

Nous disons *ordinairement* efficace, parce qu'il existe des cas où le sérum a complètement échoué et alors, l'emploi des substances qui augmentent la coagulabilité du sang, comme les sels de chaux par exemple, sont mis en usage. L'extrait de glande thyroïde a été employé avec succès alors que le *Chlorure de calcium* avait échoué.

Dans un autre cas, c'est l'extrait d'ovaires de brebis qui a réussi à arrêter l'hémorragie. La quinine à haute dose compte aussi quelques succès. *L'Adrénaline* a été tentée par beaucoup de chirurgiens ; mais nous devrons conclure de cette grande multiplicité de moyens soit disant héroïques d'arrêter des hémorragies chez les hémophiliques, que, jusqu'à ce jour la thérapeutique de cet accident reste tout à fait imprécise.

Nous n'avons point été appelé personnellement à donner nos soins à des opérés atteints d'hémophilie, mais, fréquemment, nous avons eu l'occasion de soigner des hémorragies spontanées chez les hémophiliques: épistaxis, hémorragies, hématémèses, hématuries, etc...

Nous avons toujours réussi à arrêter ces hémorragies ; l'*Ipéca*, l'*Hamamélis*, le *Phosphore*, et surtout le *Thlaspi*, ont suffi à la guérison de ces accidents ; ces médicaments ont été prescrits d'après les indications présentées par chaque cas particulier.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DE L'ULCÈRE CHRONIQUE DE L'ESTOMAC ET DU DUODÉNUM

La Société Chirurgicale d'Edimbourg s'est occupée du dia-

gnostic et du traitement de l'ulcère chronique de l'estomac et du duodénum. Rien de bien nouveau n'a été signalé sur les symptômes de cette affection ; pas plus que sur leur étiologie ; et si nous en parlons à cette place, c'est pour faire remarquer que, dans tous les cas (50 observations), le traitement a été chirurgical et a consisté dans la résection de l'ulcère ; que de cette méthode, qu'on a bien le courage de nommer *idéale*, il résulte que trois malades succombèrent à l'opération, cinq un peu plus tard à d'autres complications, c'est-à-dire huit morts sur cinquante malades. Les nombreux malades atteints d'ulcère de l'estomac que nous avons eu l'occasion de traiter à l'hôpital Saint-Jacques, ont guéri avec le régime lacté et les médicaments homœopathiques, parmi lesquels nous plaçons au premier rang le nitrate d'argent à la 6e dilution.

On conviendra sans peine, que notre méthode thérapeutique a une supériorité incontestable, puisqu'elle arrive à guérir une affection qui, avec la thérapeutique allopathique, nécessite presque toujours une opération extrêmement dangereuse qui entraîne la mort d'un certain nombre de malades et laisse ceux qu'elle guérit, avec des souffrances gastriques qui se perpétuent indéfiniment.

RÉACTION CARACTÉRISTIQUE DE L'URINE DANS LA FIÈVRE TYPHOIDE.

Dans une éprouvette de verre, on verse 5 cm³ d'urine et 5 cm³ d'acide chlorhydrique fort (densité 1,19). On mélange intimement les deux liquides, puis on ajoute 1 cm³ de chloroforme, on mélange le tout en renversant l'éprouvette plusieurs fois en sens divers et le chloroforme se colore en bleu ; il ne faut pas que l'urine soit filtrée, et il faut qu'elle soit émise depuis au moins 12 heures avant de procéder à la réaction (Roussky-Vatch, 1909; N° 465).

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR LE MODE D'ACTION DES CURES D'ALTITUDE.

M. Kuss, dans les N°s 43 et 44 du *Bulletin Médical*, a publié un mémoire très documenté sur ce sujet ; de ce mémoire, nous retiendrons les conclusions suivantes :

1° On peut accepter l'hypothèse d'une augmentation des combustions intra-organiques par le climat des hautes montagnes.

2° L'augmentation de la ventilation pulmonaire est presque constante en haute altitude ; mais, le plus souvent, elle constitue pour le sujet une fatigue supplémentaire, sans avantage pour l'aération des régions paresseuses du poumon.

3° Le travail musculaire et la marche en montagne déterminent un accroissement notable du débit respiratoire ; ils constituent la méthode de choix pour rendre perméable un poumon atelectasié.

4° Les inhalations d'oxygène constituent par excellence le traitement spécifique du mal des montagnes ; elles exercent une action très marquée sur la tachycardie. Les inhalations d'oxygène font instantanément disparaître la céphalée, la prostration, le malaise, l'état nauséeux, le vomissement, la dyspnée et les palpitations pénibles qui constituent le mal des montagnes et, chose remarquable, l'amélioration produite par l'oxygène, obtenue en quelques minutes, persiste assez longtemps quand on respire de nouveau l'air atmosphérique raréfié.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE.

M. Wyss a publié, dans l'*Art Médical*, de la Suisse romane (mai, 1909), la relation d'une épidémie de méningite

cérébro-spinale, dont nous devons retenir ceci : c'est que le sérum physiologique injecté à la place du sérum antiméningococcique a eu l'effet curatif plus considérable que ce dernier ; le sérum antiméningococcique ne paraît pas, à M. Wyss, jouir d'une efficacité incontestable dans le traitement de la méningite cérébro-spinale et il explique les améliorations survenues à la suite de ce traitement, par l'action favorable de la ponction lombaire.

Ajoutons, pour conclusions, que M. Wyss a une mortalité de 42 %.

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ET SÉROTHÉRAPIE ANTIMÉNINGOCOCCIQUE.

Le Dr Comby vient de publier, dans le *Bulletin Médical*, N° 41, le résultat de ses observations, pendant la présente épidémie.

Ce travail repose sur douze cas. Onze ont été traités par le sérum antiméningococcique de Dopter; le résultat a été : 2 morts et 9 guérisons, soit une mortalité de 18 % ; les deux morts sont attribuées par M. Comby à l'intervention trop tardive du sérum antiméningococcique.

A retenir encore de ces observations, que, dans plusieurs cas, la ponction lombaire n'a permis de retirer aucune goutte de liquide, ce qui n'a pas empêché l'injection de 20 cm³ de sérum. Cette absence d'écoulement de liquide, après la ponction lombaire, a été observée plusieurs fois, dans les 12 cas de M. Comby ; nous remarquons expressément que cette anomalie n'a pas empêché le traitement par l'injection intra-rachidienne du sérum de Dopter et la guérison des malades.

M. Comby rappelle que, personnellement, avant la sérothérapie, sur 15 malades traités sans sérum par des ponc-

tions lombaires, des bains chauds et des injections d'*électrargol*, il a eu une mortalité de 65 %, chiffre qui démontre la supériorité des injections de Dopter avec lequel la mortalité n'est que de 18 %.

L'Antisepsie de la peau par la teinture d'iode.

M. Guibé a publié, dans la *Presse Médicale*, N° 42, un travail important sur cette question. Nous conseillons la lecture de cet article aux chirurgiens ; pour nous, médecins, nous nous bornons à constater que la teinture d'iode, employée en badigeonnages sur la peau, réalise une asepsie complète, durable, et facile à obtenir ; qu'elle est beaucoup plus pénétrante dans son action, que les différentes manœuvres employées dans l'asepsie ordinaire. La teinture d'iode, par sa nature, pénètre profondément dans tous les interstices de la peau, elle s'infiltre, avec la plus grande facilité, dans les espaces intercellulaires et les fentes lymphatiques de la peau, pénètre dans les canaux sécrèteurs des glndes, et va ainsi jusque dans l'épaisseur du derme détruire les microbes qui y sont contenus.

Expériences sur la suture des vaisseaux et des membres.

Le N° 46 de la *Presse Médicale* contient un résumé des belles expériences du Dr Carrel. Ce résumé, dû au Dr Pozzi, nous fait connaître des faits nouveaux sur la possibilité de suturer les vaisseaux de les aboucher avec des pinces, de guérir leurs plaies, à l'aide des sutures et des transplantations.

Ce travail contient aussi de très curieuses expériences sur la transplantation des organes internes et sur la possibilité de greffer des segments de cadavres.

Ces vaisseaux sont suturés tout à fait, à l'aide d'aiguilles et de fil d'une extrême finesse; ; des plaies d'artères sont rapiécées avec les tissus voisins ; des veines sont enlevées sur l'animal vivant, et transplantées à la place d'autres veines et même d'artères, ainsi un segment de veine jugulaire remplace une portion de carotide interne en anastomosant le bout périphérique de la veine jugulaire interne au bout central de l'artère carotide; on renverse ainsi la circulation de la glande thyroïde et on guérit un goître chez le chien.

Pour les transplantations d'organes, il est nécessaire de pouvoir conserver les organes pendants quelques temps. M. Carrel emploie le procédé suivant : les vaisseaux sont prélevés sur l'animal vivant, ou peu de temps après sa mort, on les immerge et on les lave dans la solution de Loke ; on les place dans des tubes de verre stérilisés, qui sont aussitôt fermés à la lampe ; on les place ensuite dans une glacière et, trois semaines après, ces organes sont encore assez bien conservés pour être greffés sur l'animal vivant. L'expérience réussit encore quand la greffe se fait d'une espèce animale à une autre ; enfin, M. Carrel a pu transplanter une oreille, la glande thyroïde, le rein, et un segment de membre tout entier.

Névralgies faciales.

Dans ce même N° 40, de la *Presse Médicale*, nous trouvons un article de M. Ferdinand Lévy, sur les névralgies faciales.

Nous ne nous arrêterons pas à la partie, d'ailleurs fort incomplète, de pathologie ; un mot seulement sur le traitement proposé :

1° *Traitement médical (opiacés, etc.) et électriques ;*

2° *Injections d'alcool.*

3° *Traitement chirurgical proprement dit.*

Nous trouvons le paragraphe, traitement médical, par trop sommaire, et nous nous permettons d'indiquer une série de médicaments autres que les opiacés, et que nous conseillons avant d'en arriver aux injections d'alcool. Conservant la division classique, nous distinguons la forme commune et le tic douloureux ; dans la *forme commune*, *aconit* est un excellent médicament. Quand la névralgie siège dans le rameau frontal, avec point douloureux à la pression, irradiation dans le rameau temporal et pariétal, douleurs lanscinantes accompagnées de fourmillements et s'améliorant par la friction ; en même temps, agitation, anxiété ; la 6me dilution est habituellement suffisante, mais la teinture mère est quelquefois nécessaire.

Nux vomica est le médicament de choix quand la douleur siège dans le rameau sourcilier et débute après minuit, elle est atroce, et disparaît habituellement dans la journée ; les dilutions élevées, la 12e et la 30e, sont les doses qui réussissent le plus souvent ; chez certains sujets il faut employer les doses pondérables.

Spigélia répond aussi à la névralgie frontale qui occupe le pourtour de l'orbite, et le globe de l'œil lui-même ; cet organe semble arraché ou enfoncé dans l'orbite ; la doulur augmente par le moindre mouvement. Donc, 1° et 3° décimales.

Belladone, surtout quand la névralgie siège dans les nerfs sous-orbitraires, rougeur de la face ; 3° et 6° dilutions.

Chamomilla, douleur avec grande excitation, douleurs,

cris, exaspération, rougeur d'une seul joue, 3° et 6° dilutions.

Gelsemium et *Arsenicum*, sont quelquefois nécessaires.

Tic douloureux, affection souvent incurable ; J. P. Tessier préconisait l'alternance du *Thuya* et du *Coccus cacti*.

Mezereum, 3e ou 6e dilution, douleurs violentes, par accès excitées par l'action de parler et de manger, et par le plus léger attouchement.

Phosphorus indications analogues aux précédentes ; l'action de manger est tellement douloureuse que les malades mourraient littéralement de faim.

Cuprum, *Stannum* et *Zincum*, ont donné quelques succès ; d'autres fois, on s'est bien trouvé d'alterner le sulfate d'atropine et le sulfate de strychnine.

Nous avons dit que cette névralgie était fort rebelle, et c'est dans ce cas que les injections d'alcool, pratiquées aux points d'émergeance des nerfs, ont produit des guérisons inespérées.

VARIETES

Le triomphe du zouave Jacob.

Nous n'avons jamais compris l'esprit d'intolérance qui porte le corps médical à poursuivre les guérisseurs devant les tribunaux. Nous professons l'opinion que chaque homme, fût-il citoyen de la République Française, a le droit imprescriptible de confier le soin de sa santé à qui lui plaît, même au zouave Jacob. Dans le cas présent, l'initiative du syndicat des médecins de la Seine, a abouti à un

échec complet, et le zouave Jacob, poursuivi pour exercice illégal de la médecine, acquitté par les tribunaux parce qu'il n'est pas un *guérisseur, mais qu'il opère par le secours des esprits*, peut maintenant, continuer en paix le cours de ses guérisons.

La moralité qui ressort de ce fait, c'est que la persécution inintelligente du corps médical grandit le zouave Jacob et lui dresse un piédestal qui lui permettra d'étendre le champ de ses opérations.

P. J.

DÉCLARATION ET DÉSINFECTION OBLIGATOIRES.

Les faits qui démontrent le caractère vexatoire de la loi qui réglemente aujourd'hui les déclarations de maladies contagieuses, se multiplient dans toute la France ; aujourd'hui c'est à Vaucluse, où une équipe de désinfecteurs avait la prétention d'opérer dans la chambre même d'une malade en pleine évolution scarlatineuse, et le médecin traitant avait grand'peine à arrêter le zèle des hygiénistes officiels. Voici le fait :

« Je suis appelé, il y a cinq jours, à Châteauneuf, auprès d'une scarlatine que je déclare à la mairie et à la sous-préfecture d'Orange, le 22 avril ; ce matin, appel désespéré au téléphone, tellement désespéré, que je ne comprends dans tout ce qu'on me dit que le nom de ma malade. Je m'y rends, et là je me trouve en présence de la famille, dont les membres sont, les uns consternés, les autres outrés ; auprès d'eux se trouvent deux hommes qui viennent, *par ordre de la sous-préfecture*, pour désinfecter la maison et la chambre. Ils ont les poches gonflées de fioles d'antiseptiques, ils ont avec eux amené une pompe à pulvérisa-

teur et ont déclaré aux parents que tout cela (déplacement en plus de l'équipe) était à leurs frais.

« L'accueil qui m'est fait est plutôt tiède, j'ai tôt fait d'envoyer promener la désinfection officielle. Le chef de poste lui-même avait voulu m'attendre avant de prendre une décision, car il avait trouvé que désinfecter une chambre qu'occupait le malade en état aigu était peut-être excessif. Au dos de sa réquisition, je n'ai pas hésité à écrire que je m'opposais à cette intervention, que je considérais comme inopportune et nuisible au malade qui m'avait été confié.

« Voyez-vous d'ici l'état dans lequel se trouvaient ces braves gens ? Au village, où tout prend des proportions, tous les amis et parents étaient en émoi, et je me considérais comme l'auteur involontaire de tout cela. Au moment où la protestation du D[r] Comby vient de se faire courageusement entendre contre toutes ces dépenses inutiles et ces manœuvres vexatoires, je serai bien aise que la Société de médecine de Vaucluse vint à nouveau, avec un premier fait à l'appui, et dès le premier fait, faire entendre sa protestation. »

Nous considérons comme un devoir de prêter notre publicité à cette protestation. Nous rappelons à nos confrères qu'il n'est que temps de s'entendre et de lutter contre les envahissements administratifs.

L'administration, comme nous l'avons souvent répété, est absolument incompétente dans les questions de prophylaxie ; elle ne devrait se mettre en mouvement que sur l'invitation des médecins et sous leur direction. Autrement elle aboutira à des mesures aussi incohérentes qu'odieuses. Il faut qu'elle sache que les médecins, comme les malades, ont assez d'elle, qu'il est temps qu'elle rentre dans son rôle,

et qu'elle se conforme aux conclusions de la Société de Vaucluse.

Dr P. Jousset.

BIBLIOGRAPHIE

Vingt jours parmi les sinistrés.

Les désastres causés par les tremblements de terre de Calabre et de Sicile ont suscité de tous côtés des dévouements admirables. Les femmes françaises ont été au premier rang pour porter secours financiers et matériels à nos frères italiens. Les différentes sociétés françaises de secours aux blessés ont envoyé des dames infirmières contribuer aux soins à donner aux échappés de ces catastrophes. Le Dr Bouloumié, secrétaire général de l'Union des femmes de France, a rapporté dans un volume (1) intéressant comme tout ce qu'il écrit, ce qu'il a vu et su par lui-même; c'est un exposé impartial et complet de la situation.

Homoeopathic directory 1909

Nos confrères anglais publient un petit volume de 160 pages (2), nous donnant des renseignements précis sur les médecins et pharmaciens homœpathes d'Angleterre et des

(1) Vingt jours parmi les sinistrés ; *Naples, Calabre, Sicile.* Paris, Calmann-Lévy, 1909.

(2) *International homœopathic médical directory* ,1909, homœopathic publishing company 12. Wawick lane. Londres E. C.

colonies anglaises, avec les indications des hôpitaux, les dispensaires, et les journaux homœopathiques.

La liste complète des médecins et pharmaciens homœopathes d'Europe et quelques renseignements sur l'Amérique, en particulier le Mexique, la République Argentine, le Brésil, le Chili et l'Uruguay.

Pour les médecins des Etats-Unis, les noms des souscripteurs sont seuls publiés.

Ce volume, auquel nous avons contribué pour la liste des médecins Français, peut rendre de grands services, en nous permettant d'indiquer à nos clients qui voyagent des médecins homœopathes à l'étranger.

M. J.

TRAITEMENT HOMŒOPATHIQUE DES MALADIES TROPICALES.

Le Dr Nilo-Cairo, vient de commencer la publication d'un ouvrage sur ce sujet (1) et le premier fascicule qu'il nous envoie contient le traitement de plusieurs maladies importantes et en particulier de l'ainhum, du beriberi, du choléra asiatique, de la congestion du foie, de la diarrhée chronique des pays chauds et de la dysenterie.

Nous ne pouvons pas donner le résumé de cet intéressant travail, et nous engageons nos lecteurs à le lire, car ils y trouveront de très précieuses indications.

M. J.

(1) TRATAMENTO HOMŒOPATHICO DAS MOLESTIAS TROPICAES, par le Dr Nilo-Cairo. Fasciculo I Curityba. Brésil.

Le Propriétaire-Gérant: Dr P. JOUSSET.

Typographie A. DAVY, 52, rue Madame, Paris — *Téléphone*

L'ART MEDICAL

AOUT 1909

OPOTHERAPIE

De l'emploi de l'adrénaline en thérapeutique

Comme pour tous les médicaments, les effets de l'adrénaline ou des capsules surrénales sont différents (on pourrait même dire opposés), suivant les doses employées.

Nous avons déjà dit ici, il y a quelques années, que l'on peut, pour le corps thyroïde ou la thyroïdine rechercher l'action physiologique du médicament, lorsqu'on l'emploie à dose pondérable, ou son action homœopathique, lorsqu'on la donne à doses infinitésimales ; il en est exactement de même pour l'adrénaline.

I. *Emploi de l'adrénaline à dose pondérable.* — Dans une communication de M. Méry, dont nous avons parlé dans le compte rendu de la Société médicale des hôpitaux (1), cet auteur avait insisté sur les bons effets de la poudre de capsules surrénales pour combattre les phénomènes de prostration survenant dans la diphtérie grave.

(1) *Art Médical*, numéro de juillet 1909.

A cette occasion, M. Josué revient sur la question (1) et dit :

« Il résulte immédiatement de l'action physiologique de cette substance, qu'il ne faut pas prescrire l'adrénaline aux malades dont la tension artérielle est élevée, ou quand on soupçonne que les artères encéphaliques sont altérées ou lorsqu'il existe un anévrisme artériel ». Si on ajoute qu'il ne faut pas prescrire l'adrénalne *à doses pondérables* dans ces conditions, nous serons complètement d'accord. car on verra plus loin que nous la conseillons dans ces cas à *doses infinitésimales*.

Le Dr Josué ajoute :

« La voie d'introduction de l'adrénaline est essentielle à considérer. L'adrénaline est très toxique et agit d'une façon brutale et dangereuse quand on l'injecte dans les veines, dans la trachée, ou directement dans le parenchyme pulmonaire. On détermine expérimentalement en l'introduisant par ces voies des accidents aigus (œdème aigu du poumon et souvent la mort) avec des doses relativement faibles, et des lésions chroniques (athérome artériel) en répétant les injections pendant longtemps. Il ne faudra donc pas injecter l'adrénaline dans les veines, ni dans le parenchyme pulmonaire, ni dans la trachée, comme je l'avais déjà signalé dans ma première communication.

« L'adrénaline est beaucoup moins toxique quand on l'injecte dans le tissu cellulaire sous-cutané. On peut utiliser cette voie d'introduction quand on doit agir énergiquement. On fera les injections hypodermiques d'adréna-

(1) *Sur l'emploi thérapeutique de l'adrénaline*, Société Médicale des hôpitaux, séance du 21 mai.

line à la dose de 1/2 milligramme, 3/4 à 1 milligramme dans les vingt-quatre heures.

« Les accidents d'intoxication sont encore moins à craindre quand on administre l'adrénaline par la voie buccale. Dans ma première communication, je donnais 1 milligramme par jour comme dose d'adrénaline par ingestion. Mais on peut dépasser cette dose et prescrire jusqu'à 2 milligrammes dans les vingt-quatre heures. On est même autorisé à utiliser des quantités encore plus considérables si l'on s'en rapporte aux recherches expérimentales. En effet, j'ai pu introduire dans l'intestin grêle de lapins pesant 2 kilogrammes des doses de 5 et 7 milligrammes d'adrénaline sans amener aucun phénomène toxique. »

Il ne faut donc employer ce médicament que par la voie buccale, ou, si on veut agir vite, par la voie sous-cutanée ; en outre, on fera bien d'interrompre après dix jours de traitement.

« La médication surrénale donne des résultats particulièrement favorables dans l'*asthénie cardiaque* survenant au cours des toxi-infections. Il semble qu'à côté des symptômes cardiaques dus aux altérations du myocarde ou aux troubles de l'innervation, il faille ouvrir un chapitre nouveau pour les manifestations cardio-vasculaires en rapport avec les glandes vasculaires sanguines. Il est possible que des troubles cardiaques soient, en pareil cas, le résultat de la suractivité de certaines de ces glandes, notamment du corps thyroïde. Il semble indéniable, par contre, que la sécrétion défectueuse des substances élaborées par les capsules surrénales et destinées à maintenir le tonus et les contractions de l'appareil cardio-vasculaire se trouve parfois à l'origine des défaillances cardiaques

qui surviennent chez les sujets atteints de maladies toxi-infectieuses.

« Quelle que soit, d'ailleurs, la pathogénie de ces accidents cardiaques, l'adrénaline permet de relever l'énergie défaillante du myocarde. L'influence de ce traitement nous a semblé manifeste chez un malade atteint de fièvre typhoïde à forme cardiaque particulièrement grave que nous avons observé au mois d'octobre dernier. Cet homme, arrivé au dix-neuvième jour de la maladie, avait une température de 38°2, alors que celle-ci était de 39°2 la veille. Le pouls était petit, filiforme, il y avait 146 pulsations par minute. Le malade était profondément adynamique, la cyanose était intense, avec tendance au collapsus. On donne au malade dans la journée, en deux fois, une potion contenant 2 milligrammes d'adrénaline. Il ne se produit pas de modifications immédiates ; au bout de quelques heures, le pouls semble néanmoins se relever un peu. Les cinq jours suivants, on injecte quotidiennement sous la peau 500 grammes de sérum artificiel auquel on a ajouté 1 milligramme d'adrénaline. L'état du malade s'améliore sensiblement : le pouls descend à 120, la température oscille autour de 38°7, les urines atteignent 1 litre 1/2 ; l'état général devient meilleur, le malade semble se réveiller. Puis l'évolution continue et le malade finit par guérir. Le pouls s'est maintenu pendant quelque temps entre 100 et 105, alors que la température était revenue à la normale. L'asthénie cardiaque était extrême quand nous avons institué le traitement. Mais à partir de ce moment, le pouls est devenu moins fréquent et plus énergique, en même temps que les manifestations alarmantes se sont apaisées.

« La technique que nous avons employée pour les injections hypodermiques d'adrénaline est la suivante : on

ajoute 1 centimètre cube de la solution d'adrénaline au 1/1000, c'est-à-dire 1 milligramme d'adrénaline, à 250 à 500 centimètres cubes de sérum artificiel, au moment de l'injecter sous la peau. En général, la peau devient blanche au niveau de l'injection, par suite de la contraction des vaisseaux; la masse injectée se résorbe avec une extrême lenteur, et, pendant tout le temps de la résorption, la région est le siège d'une tension douloureuse marquée.

« La lenteur de l'absorption du sérum artificiel adrénaliné constitue un des avantages de cette manière de procéder. En effet, l'adrénaline présente l'inconvénient d'agir trop brusquement quand elle pénètre en quantité notable dans la circulation ; de plus, son action ne se maintient que quelques instants. Il est donc utile que l'adrénaline arrive dans la circulation par quantités minimes, mais que cette pénétration se continue pendant un certain temps. On évite de cette façon que l'adrénaline agisse brutalement en même temps qu'on prolonge l'action favorable. »

L'adrénaline peut rendre aussi des services dans les cas de *myasthénie*. MM. Claude et Vincent avaient présenté, il y a six mois, à la *Société de Neurologie de Paris*, un homme, antérieurement vigoureux forgeron, qui, au mois de janvier, s'était trouvé pris à son réveil d'impotence musculaire (il ne pouvait lever la tête), puis de parésie des muscles de la face, du pharynx, de la langue, des yeux, enfin d'asthénie généralisée. Le tableau clinique de la myasthénie grave était complet. Le malade présentait, en outre, de la pigmentation de la face, de l'hypotension artérielle, le signe de la raie blanche, de l'anémie, ce qui fit penser à une insuffisance surrénale. Ils le soumirent à un traitement discontinu de 30 à 40 centigrammes de poudre de

surrénale. Or, actuellement, ce malade est guéri ou à peu près ; les améliorations se sont nettement produites pendant les périodes de traitement. Il est à remarquer que le coefficient urotoxique très élevé (de 1,21) en juillet, est tombé sous l'influence du traitement, à 0,25, chiffre plutôt inférieur, pour remonter à 1 depuis qu'on a supprimé l'opothérapie.

On sait que M. Sicard, dans un cas de myasthénie d'Erb. Goldflaur, a eu aussi un succès par l'opothérapie thymique et surrénale ; M. Babinski a été également heureux avec la poudre d'hypophyse.

M. Dufour a employé le premier, semble-t-il, le traitement surrénalien chez une neurasthénique avec dépression musculaire, et qui est restée guérie depuis huit ans (1).

L'adrénaline paraît aussi avoir une action très favorable dans l'*ostéomalacie*. Voici une observation du professeur Bossi.

Une femme, âgée de 38 ans, et se trouvant au huitième mois de sa huitième grossesse, est admise, pour ostéomalacie, à la clinique obstétricale et gynécologique du professeur Bossi, à Gênes. Les os du bassin, les clavicules, les côtes, sont ramollis et douloureux au toucher, et le pubis est déjà déformé en bec de canard. Depuis quelques mois, la malade, incapable de marcher, garde constamment le lit. Malgré une alimentation reconstituante et l'usage de médicaments toniques, son état ne fait qu'empirer.

C'est alors que, tenant compte des propriétés vaso-cons-

(1) *Société de Neurologie*. 3 déc. 1908, in *Rev. prat. de biologie appliquée*, janv. 1909.

trictives de l'adrénaline (susceptible par conséquent d'influencer la circulation utéro-ovarienne), des résultats favorables que Stoeltzner dit avoir obtenus de l'opothérapie surrénale chez les rachitiques, et, enfin, du fait que l'extirpation des capsules surrénales provoque, chez les animaux, des altérations manifestes des ovaires — l'auteur eut l'idée d'expérimenter, dans ce cas, l'effet des injections sous-cutanées d'adrénaline. Il fit donc à la malade, chaque jour, une injection hypodermique de cette substance. La dose était, dit l'auteur « d'un demi-centigramme d'adrénaline de la solution à 1 pour 1.000 » ce qui doit signifier, probablement, un demi-centimètre cube de solution d'adrénaline pure par injection. Dès la première injection, les douleurs et l'insomnie s'amendèrent, effet qui s'accentua après chaque nouvelle injection. A la suite de la septième, qui fut la dernière, la marche redevint possible. A ce moment, l'examen du bassin montrait l'absence de toute sensibilité douloureuse des os qui, en plus, revenaient à leur consistance et leur forme normales. Cette femme put accoucher spontanément bien qu'on eût, avant le traitement par l'adrénaline, jugé l'opération césarienne inévitable.

Cette guérison extraordinairement rapide fait espérer à l'auteur qu'on est, peut-être, sur la voie de la découverte du véritable moyen curatif de l'ostéomalacie et de la cause de cette affection ; mais M. Bossi ne se dissimule point qu'une observation encore unique ne saurait être concluante à ce égard (1).

La publication qui vient d'être analysée a bien entendu suscité le plus vif intérêt. Si, d'une part, on a contesté l'efficacité de l'adrénaline dans l'ostéomalacie, d'autre part

(1) Bossi. *Il Policlinico*, sez. pratica, 1907, fasc. 1.

plusieurs observations sont venues confirmer le bien-fondé des espérances du professeur Bossi. Une des plus démonstratives est celle de Rocchini (1).

Elle concerne une pluripare immobilisée par les douleurs et le ramollissement de ses os. On lui fit quelques injections des mélanges stovaïne-adrénaline et cocaïne-adrénaline employés pour les petites interventions courantes de chirurgie.

La malade reçut en tout 10 milligrammes d'adrénaline ; le résultat fut tel que l'auteur n'hésite pas à le qualifier de merveilleux.

Cette méthode thérapeutique prend appui sur des faits expérimentaux signalés également par M. Bossi ; ils consistent en ce que l'ablation d'une des surrénales provoque toujours chez la brebis, en l'espace de dix à quinze jours, des modifications du squelette sous forme d'une véritable ostéoporose facile à constater par la radiographie ; cette ostéoporose se montre prédominante au niveau du bassin et se rapproche ainsi des symptômes de l'ostéomalacie.

Sous l'influence des injections d'extrait surrénal ces troubles squelettiques ont rapidement guéri et des examens radiologiques, faits à intervalles réguliers, ont permis de constater l'enrichissement continu des os en sels calciques. Les glandes surrénales ont donc une influence notable sur la nutrition du squelette, soit en favorisant le dépôt de sels calcaires, soit en s'opposant à une décalcification anormale.

Les constatations tant cliniques qu'expérimentales ont amené M. Bossi à rechercher si la médication surrénale

(1) G. Rocchini. Un cas d'ostéomalacie guéri par les injections d'adrénaline, pratiquées selon la méthode Bossi. *Il Policlinico*, sez. prat., 12 juillet 1908, p. 882.

ne pourrait pas s'opposer à la formation des difformités osseuses du bassin qui se développent chez l'enfant rachitique, tout en exerçant son action calcifiante sur le squelette dans le rachitisme lui-même. A cet effet, il a administré de l'extrait surrénal à deux enfants rachitiques, et a obtenu des résultats si encourageants, qu'il se demande même si ce traitement ne pourrait pas être appliqué à d'autres formes d'ostéoporose (1).

M. Léon Bernard signale un cas d'ostéomalacie où le traitement par l'adrénaline en injections sous-cutanées lui a donné de très bons résultats, sans avoir produit d'accidents vasculaires.

« J'observe, avec mon ami P. Bezançon, une jeune fille atteinte de cette affection ; depuis plus d'un an elle a été soumise à des séries répétées d'injections sous-cutanées quotidiennes de 1 milligramme d'adrénaline. Avant le traitement, cette malade était confinée au lit, en proie aux plus violentes douleurs, atteinte de déformations osseuses variées et généralisées, réduite à l'immobilité absolue. Actuellement, elle vient elle-même, sans aide, m'ouvrir la porte, elle monte et descend les escaliers, ne souffre plus, elle a repris sa taille, ses os se sont cicatrisés et régularisés. Les détails de cette observation devant être publiés ultérieurement, je ne veux insister aujourd'hui que sur ce fait que l'administration à dose considérable et prolongée de l'adrénaline, par injections sous-cutanées, n'a déterminé chez cette malade aucune lésion apparente de son cœur ni de ses vaisseaux, et qu'à coup sûr, la pression artérielle ne s'est trouvée à aucun moment modifiée de manière permanente (2). »

(1) *Revue pratique de biologie appliquée.* Juillet-août, 1908.
(2) *Société Médicale des hôpitaux*, séance du 21 mars 1909.

L'opothérapie surrénale a aussi une influence favorable dans la *tuberculose chronique* où on observe assez souvent des symptômes d'insuffisance surrénale. Cette action favorable s'explique par l'étude physiologique et anatomique des capsules surrénales chez les tuberculeux. MM. Parisot et Lucien (comptes rendus de la *Société de biologie*, 1907, p. 525), ont constaté, comme MM. Bernard et Bigard, des altérations histologiques importantes. Ils ont, en outre, préparé des extraits de glandes surrénales empruntées, soit à des sujets sains, soit à des tuberculeux, et comparé la puissance hypertensive de ces extraits en les injectant à des animaux. Or, ils constatèrent que cette propriété était généralement diminuée dans les extraits des surrénales de tuberculeux.

Cette insuffisance capsulaire des tuberculeux doit expliquer l'abaissement de la pression artérielle, phénomène dont Potain a démontré l'importance clinique comme signe de tuberculose (1).

Un médecin russe (2), M. Rothmann (de Kharkov), a eu l'idée d'utiliser ce remède contre les taches érythémateuses de la face, et, en particulier, contre la couperose du nez.

Notre confrère a expérimenté ce mode de traitement chez 3 patients, dont 2 étudiants âgés respectivement de vingt-quatre et vingt-sept ans, et une jeune femme de vingt-trois ans. Dans les 3 cas, il administrait, trois fois par jour, une demi-heure avant les repas, V gouttes d'une solution de chlorhydrate d'adrénaline à 1 p. 1.000, dans une cuillerée à café d'eau. La médication fut continuée pen-

(1) *Revue pratique de biologie appliquée*, mars 1909.
(2) *Semaine Médicale*, 27 janvier 1909.

dant cinq ou six mois, avec de courtes périodes de repos (de huit à quinze jours), et donna d'excellents résultats. Les taches rouges ont disparu presque complètement et n'ont pas reparu jusqu'à présent, bien que le traitement remonte déjà à un an et demi environ.

Au cours de ce traitement, M. Rothmann n'a eu à enregistrer de phénomènes fâcheux ni du côté du cœur, ni quant à la pression sanguine.

Le Dr Silvestri, de Modène (1), s'appuyant sur ce que des vomissements incoercibles, peuvent persister plusieurs jours et même plusieurs semaines dans la maladie d'Adisson, a voulu essayer l'organothérapie surrénale dans un cas très grave de vomissement incoercible observé à la clinique obstétricale de Modena (Italie), dans lequel tous les autres traitements avaient échoué.

L'auteur estime que l'insuffisance de la substance corticale joue un rôle important dans les auto-intoxications de la grossesse (vomissements, etc.). Aussi a-t-il administré une préparation qui renferme la substance corticale et la médullaire, deux tablettes par jour.

L'amélioration a été immédiate, et, deux jours après, les vomissements avaient disparu d'une façon complète.

Zanfrognini (de Modena) a voulu essayer la paragangline Vassale (préparation de principes chromaffines de la substance médullaire), dans un cas de vomissement incoercible qui persistait déjà depuis quelques semaines. Le succès fut complet. Les conclusions de Zanfrognini sont un peu différentes de celles de Silvestri. Aussi prétend-il attribuer la guérison aux substances chromaffines de la médullaire.

(1) *Journal des Praticiens*, 20 mars.

Quoi qu'il en soit, si ces heureux résultats se confirmaient, l'effet immédiat obtenu par ce traitement tiendrait à démontrer qu'il s'agit d'un traitement vraiment précieux.

II. *Emploi de l'adrénaline à doses homœopathiques.* — Nous employons depuis plusieurs années l'adrénaline, à l'exemple du Dr P. Jousset, contre l'*artériosclérose* et l'*hypertension artérielle.* Les résultats nous ont paru assez favorables, et nous avons vu chez plusieurs malades la tension artérielle tomber de 2 ou 3 centimètres de mercure sous l'influence de ce médicament.

Dans les *bourdonnements d'oreilles*, liés à l'otite moyenne scléreuse, qui elle-même est ordinairement sous la dépendance de l'artériosclérose, le même traitement nous a donné des améliorations assez sensibles.

Voici le résumé d'une de nos observations :

Mme W..., âgée de 56 ans, ménaupose il y a six ans; a commencé par des bourdonnements dans l'oreille gauche.

2 mai 1904. — Comme il y a en même temps des bouffées, *glonoin* (3/10), six jours, repos trois jours, recommencer six jours.

30 juin. — Pas de changement, *adrénaline* (2).

29 août. — Les bourdonnements ont plutôt augmenté. *Adrénaline* (6).

2 février 1905. — La malade avait été beaucoup mieux et avait abandonné son traitement. Les bourdonnements ont reparu. *Adrénaline* (6).

10 juin. — Mieux, mais toujours un peu de bourdonnements. *Adrénaline* (12).

8 juillet. — *Adrénaline* (30) à prendre pendant six jours, repos six jours, recommencer.

Les bourdonnements n'ont jamais complètement cessé, mais ils sont beaucoup plus faibles qu'avant l'emploi du médicament et ne gênent plus la malade.

Nous avons aussi essayé l'adrénaline dans un cas de *congestion œdémateuse* aiguë du poumon,, où elle paraissait très indiquée par les symptômes graves qu'elle produit chez les animaux à la suite des injections intra-veineuses, mais nous n'avons pas trouvé qu'elle ait eu dans ce cas une action marquée.

Nous avons employé la 12e, la 6e et la 3e dilution centésimale.

Le but de cet article est d'être le point de départ de nouvelles recherches sur l'emploi de l'adrénaline ou de l'extrait de capsules surrénales. Comme les autres produits opothérapiques, on peut obtenir des effets très différents soit qu'on donne des doses élevées, pour chercher l'action physiologique, en agissant en somme d'après le *contraria contrariis*, soit qu'on emploie des doses infinitésimales, pour chercher l'action homœopathique, d'après le *similia similibus*.

L'opothérapie est encore au début, elle donnera probablement des résultats importants et nous aurons, nous autres, la supériorité de l'employer sous deux formes.

Dr MARC JOUSSET.

MATIERE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE

LES RADIÉS

A l'exception de *Medusa*, il ne semble pas que les médicaments empruntés aux radiés contiennent un principe toxique, du moins n'a-t-il pas encore été fait de recherches dans cette voie. Ils ont un caractère commun suffisamment accentué, pour que nous le signalions, c'est leur action sur la muqueuse aérienne et sur le système glandulaire.

CORALLIUM RUBRUM.
(Corail rouge.)

Bibliographie.

T. F. ALLEN. *A Handbook of Materia medica.* Philadelphie, 1889.
ECALLE-DELPECH et PEUVRIER. *Pharmacopée homœopathique française.* Paris, 1878.
J.-H. CLARKE. *A Dictionary of pratical Materia medica.* Londres, 1900.
FARRINGTON. *A clinical Materia medica.* Philadelphie, 1887.
C. HEINIGKE. *Handbuch der homoopathischen. Arzneiwirfkungslehre.* Leipzig, 1880.
R. HUGHES. *A Manual of Pharmacodynamics.* Londres, 1880.
P. JOUSSET. *Traité élémentaire de matière médicale expérimentale*, Paris, 1884.
G. SIEFFERT. *Formulaire de Thérapeutique positive*, Paris et Leipzig, 1898.

I. — GÉNÉRALITÉS.

Le corail rouge se pêche en abondance dans la Méditerranée et dans la mer Rouge. Il est un mélange de différents éléments, tels que carbonate de chaux, oxyde de fer, gélatine, etc.

II. — Pathogénésie.

Symptômes généraux. Augmentation de la sensibilité aux impressions douloureuses. Sensation d'abattement dans les membres par le moindre exercice à l'air libre. Sensation de chaleur, sous les couvertures du lit, de frisson en se découvrant. Les symptômes de froid et de chaleur sont améliorés par la chaleur artificielle.

Moral. Triste et irascible.

Tête. Sensation d'augmentation de volume de la tête et de vent passant à travers le cerveau. Afflux de sang à la tête en se courbant en avant. Sensation d'ivresse et légère ivresse par absorption de très peu de vin. Violente céphalalgie frontale avec douleur profuse. Fréquents bâillements avec douleur à l'articulation maxillaire. Douleur tiraillante dans la partie latérale de la cavité oculaire et dans l'os jugal.

Yeux. Douleur du globe oculaire par mouvement des yeux. Inflammation de la conjonctive, avec sensation de douleur et pression comme par grains de sable.

Nez. Gonflement semi-latéral du nez, avec chaleur, pulsation et insomnie. Inflammation du tissu cellulaire nasal avec formation d'abcès et suppuration prolongée. Ulcération douloureuse de la narine à l'aile gauche, avec sensation comme si l'os nasal était séparé en deux. Epistaxis. Grande sécheresse du nez. Coryza fluent, avec abondante sécrétion de mucus inodore semblable à du suif. Profuse sécrétion muqueuse par les narines postérieures, forçant à cracher souvent.

Oreilles. Ouïe plus dure.

Face. Chaleur à la face augmentée en se baissant. Dou-

leur de brisure dans la pommette augmentée par l'attouchement. Douleur de dislocation, dans l'articulation maxillaire, en mastiquant ou en ouvrant la bouche largement. Gonflement douloureux des glandes submaxillaires, augmenté par la déglutition.

Dents. Douleur dans chaque dent du côté gauche, comme si elle était posée sur son tranchant. Il semble que les dents soient trop serrées l'une contre l'autre, qu'un corps visqueux et tenace soit logé entre elles.

Organes de la digestion. Les aliments semblent insipides. Vive soif ; envie de liquides acides et de nourriture salée. Tournoiement de la tête après les repas.

Lèvres gercées. Grande sécheresse de la bouche et de la muqueuse palatine. Accumulation de mucus au gosier. Nausée avec sécheresse de la langue et violente céphalalgie. Malaise et sensation de pression à l'estomac. Borborygmes avec douleur d'entrailles. Constipation durable, avec, finalement, évacuation de masses fécales en bouillie.

Organes de la respiration. Grande sécheresse du palais, avec sensation d'excoriation en avalant. Eternuements fréquents. Coryza sec pendant deux jours, suivi de coryza fluent très prolongé, avec évacuation abondante de mucus aqueux. Toux avec douleur à la poitrine, comme par pression d'une pierre sur la plèvre. Par inspiration profonde, sensation d'un courant d'air froid pénétrant dans les voies aériennes, avec provocation à tousser et expectoration. Toux durant jusqu'à ce que le patient tombe inanimé.

Rachis. Raideur des muscles de la nuque. Douleur lombaire comme par pression sourde et sensation d'abattement. Douleur sourde dans l'articulation de l'épaule et dans l'humérus. Douleur par fatigue dans la main. Faiblesse de l'articulation du genou avec craquements. Sen-

sation de fatigue douloureuse dans l'articulation du genou et dans l'articulation tibio-tarsienne. Douleur tiraillante au tibia.

Organes génito-urinaires. Sensation de brûlure en urinant. Urine argileuse fortement acide.

Fortes sueurs aux organes génitaux masculins. Gonflement du prépuce avec douleur à l'attouchement, même du linge de corps. Rein comme traversé par des aiguilles. Ulcération du gland et du prépuce (balanite) avec sécrétion de pus vert-jaunâtre. Emissions spermatiques pendant le sommeil, sans rêve ni érection.

Peau. Taches rouges à la main et aux doigts, couleur de framboise ou rouge-bleu. Taches grandes et petites aux bras et aux jambes, plus confluentes aux cuisses et aux avant-bras, sans infiltration des tissus. Après quelques jours, ces taches deviennent rouge-brun, puis jaunes, et peu à peu pâlissent.

Sommeil. Bâillements violents, fréquents, se succédant rapidement, avec douleur de l'articulation maxillaire. Grande somnolence : le sujet s'endort debout. Aussitôt qu'il dort, il tressaute à la suite de rêves effrayants. Le sujet ne peut pas s'endormir avant minuit.

Fièvre. Pouls plein et dur. Froid alternant avec chaleur. Chaleur sans soif ni sueur consécutive.

III. — Thérapeutique.

Ce médicament jouissait autrefois d'un certain crédit dans l'Ecole allopathique, qui l'employait comme tonique, astringent, sudorifique, et surtout comme absorbant. Il était prescrit contre la diarrhée, la dysenterie, l'hémoptysie, l'épilepsie, la leucorrhée, la blennorrhagie. A l'exté-

rieur, on s'en servait comme de dessicatif et de cicatrisant, sur les vieux ulcères. Aujourd'hui, cette Ecole se borne à le faire entrer dans la composition des poudres dentifrices.

Il a pour caractéristique de provoquer des éruptions couleur de corail : taches rouges aux paumes des mains, d'abord couleur de corail, puis plus foncées et finalement cuivrées. Par inspiration profonde, sensation d'air glacial.

Son électivité pour le nerf laryngé, mise en lumière par Teste, et son action sur la peau et les muqueuses lui ont mérité d'être conservé par l'Ecole homœopathique, qui en tire grand bénéfice.

Corallium rubrum est antidotaire à *Mercurius* et complémentaire à *Sulfur*.

IV. — Clinique.

Balano-posthite (ulcération avec pus excoriant) ;

Coqueluche (paroxysmes nocturnes, parfois expectoration sanguinolente) ;

Grippe (toux sèche et quinteuse) ;

Asthme de Millar, médicament principal ;

Toux nerveuse spasmodique. Toux convulsive chronique;

Catarrhe des fosses nasales postérieures ;

Psoriasis. Purpura. Syphilis superposée aux maladies cutanées ;

Hystérie ;

Adénite.

V. — Mode d'emploi et doses

Triturations avec la substance. Le médicament est généralement employé à la 12e dilution.

SPONGIA.

(Eponge.)

Bibliographie.

T. F. ALLEN. *A Handbook of Materia medica.* Philadelphie, 1889.
J.-H. CLARKE. *A Dictionary of pratical Materia medica.* Londres, 1900.
E. COLLIN. *Précis de matière médicale.* Paris, 1903.
ECALLE-DELPECH et PEUVRIER. *Pharmacopée homœopathique française.* Paris, 1878.
FARRINGTON. *A clinical Materia medica.* Philadelphie, 1887.
C. HEINIGKE. *Handbuch der homoopathischen. Arzneiwirfkungslehre.* Leipzig, 1880.
R. HUGHES. *A Manual of Pharmacodynamics.* Londres, 1880.
C. HERING. *American Journal of Materia medica,* vol. I.
P. JOUSSET. *Traité élémentaire de matière médicale expérimentale,* Paris, 1884.
G. SIEFFERT. *Formulaire de Thérapeutique positive,* Paris et Leipzig, 1898.

I. — GÉNÉRALITÉS.

Ce zoophyte est pêché dans la mer Rouge, la Méditerranée, et principalement autour des îles de l'Archipel. Il en existe plusieurs espèces, mais celle que l'on utilise en médecine est fournie par le *Spongia usitalissima.*

Le squelette de l'éponge est constitué par une matière albuminoïde, élastique, de nature cornée, qui est soluble dans les acides et alcalis concentrés. L'analyse chimique y décèle du chlorure de sodium, du phosphate de chaux, de la silice, de l'albumine, de la magnésie, de l'iode, du soufre et des traces de brome. Guibout estime que l'iode y figure à l'état d'iodure de calcium ; mais bien que l'iode soit la partie constitutive principale, il n'en résulte pas que l'on puisse assimiler les effets de l'iode et ceux de *Spongia.*

II. — PATHOGÉNÉSIE.

Symptômes généraux. Sensation de courbature dans la moitié supérieure du corps ; fatigue dans les bras et les jambes ; sensation persistante de faiblesse et de pesanteur dans les membres inférieurs sans somnolence ; atonie physique et morale générales ; sensation d'engourdissement dans la moitié inférieure du corps ; bien-être relatif lorsque le sujet est étendu couché ; excessive dépression physique après le moindre exercice, avec afflux de sang à la poitrine, chaleur de la face, vaisseaux durs et distendus, grande anxiété et respiration difficile ; douloureux accès d'angoisse à la région du cœur. Grande sensibilité au froid. Sensations troublées pendant le sommeil : gonflement imaginaire de la face. Perte de la sensibilité du bout des doigts. Fourmillements en diverses parties. Troubles de toute sorte dans les organes génitaux, spécialemenpt à droite : testicules et cordon spermatique ; face antérieure de la cuisse.

Moral. Allures craintives ; pleurs et humeur chagrine, inconsolable. Mécontent de lui-même et de mauvaise humeur, le sujet s'absorbe dans les souvenirs pénibles, désire la mort, ne parle que des malheurs prochains. Concentration ; paresse d'esprit. Alternatives d'hilarité excessive et de tristesse profonde.

Sommeil. Grande somnolence avec bâillements dans l'après-midi. Insomnie jusqu'à minuit. Sommeil léger, agité et troublé par des rêves angoissants ; au réveil, le sujet baigne dans la sueur. Etant à demi réveillé, la nuit, les paupières closes : hallucinations vives, surtout de feu et de flammes, inquiétude extrême et sanglots, scrupules de conscience. Tout cesse en ouvrant les yeux, pour reparaître, dès qu'on les ferme.

Tête. Vertige, même assis. Tendance à tomber en arrière ; démarche chancelante. Engourdissement avec stupeur. Pesanteur vers l'occiput, en marchant. Sensation d'afflux de sang à la tête et d'éclatement au front. Céphalalgie sourde unilatérale. Pression et élancements en divers points du crâne. Sensibilité du cuir chevelu.

Yeux. Stupides et ternes, avec bouffissure des paupières, enfoncés profondément ou saillants. Taches de la cornée. Lacrymation avec céphalalgie.Pression et élancements dans les yeux qui sont rouges,brûlants et larmoyants. Paupières agglutinées, pesantes ; contractées le matin. Myopie. Diplopie. Eruption de croûtes jaunes dans les sourcils.

Oreilles. Otalgie avec douleur de contraction. Tintements sourds et dureté de l'ouïe. Pression dans les oreilles. Ulcération de l'oreille externe. Douleurs dans les cartilages. Furoncles douloureux au toucher, dans l'oreille gauche. Gonflement rouge de l'hélix. Chaleur dans les oreilles.

Nez. Epistaxis surtout après s'être mouhcé. Coryza fluent avec beaucoup d'éternuements. Coryza sec ; nez bouché. Eruption à la pointe du nez.

Face. Pâle et colorée d'un seul côté. Névralgie, particulièrement sus-orbitaire du rameau nasal. Douleur crampoïde dans l'articulation maxillaire et le masséter, en mangeant. Expression anxieuse de la face, qui est congestionnée. Sueur froide. Démangeaisons, gonflement et élancements aux mâchoires. Engourdissement et douleur au menton. Eruption aux lèvres.

Peau et glandes. Démangeaisons par tout le corps ; picotement revenant constamment lorsque le sujet se frotte. Sensation de formication de la peau avec rougeur par endroits et formation de vésicules. Taches rouges et vésicules qui démangent à diverses parties du corps. Gonflement

douloureux des glandes submaxillaires, cervicales et axillaires. Dans un goître qui existait, sensation de picotement et de mouvement du contenu. Miliaire. Dartres.

Moelle épinière. Raideur de la nuque, et secousses ou douleurs de certains muscles isolés de la nuque et du cou. Picotements, par ci, par là, dans les muscles du dos et du thorax ; douleurs lombaires ; secousses musculaires dans l'articulation de l'épaule gauche ; douleurs tiraillantes et piquantes dans les muscles de l'avant-bras et dans les os du métacarpe. Douleurs articulaires des doigts, surtout au pouce et au médium, avec gonflement des mains. Sensation pesante des bras avec tremblement par accès ; sensibilité des bouts des doigts émoussée. Secousses des groupes musculaires isolés à la région fessière ; tiraillements au tibia et à l'articulation tibio-tarsienne, surtout de la jambe droite ; douleurs à l'articulation du genou ; douleurs piquantes au mollet et au talon ; sensation de pesanteur dans les jambes ; faiblesse dans l'articulation des genoux ; inquiétudes dans les jambes, qui s'engourdissent, tantôt l'une, tantôt l'autre.

Appareil de la digestion. Odontalgie des molaires et sensation d'ébranlement des dents. Gencives tuméfiées. Aphtes sur le bord de la langue et à la face interne des joues. Goût amer ou douceâtre de la bouche. Salivation. Malaise avec afflux de liquide à la bouche.

Douleur de la gorge étendue à l'oreille.

Glande thyroïde gonflée et dure, avec accès nocturnes de suffocation. Déglutition difficile. Douleur à un goître existant, simultanément avec douleur cardiaque.

Appétit augmenté et boulimie. Diminution de l'appétit (effet alternatif). Envie de friandises. Adipsie ; rarement soif avec froid. Après les repas, plénitude et douleur,

comme par digestion difficile. Toux à la suite d'absorption de boissons.

Les signes de dyspepsie se montrent presque immédiatement, en moins d'une demi-heure ; nausées continuelles, éructations, sesnation de froid à l'épigastre, hoquet, rapports amers ou régurgitations acides, plénitude pénible de l'abdomen, gargouillement.

Douleur gastralgique, avec sentiment de poids à l'épigastre, impossibilité de supporter aucun vêtement serré ; aggravation en se courbant.

Elancement dans la région du foie.

Douleur comme par hernie, à l'anneau inguinal. Gonflement et inflammation de l'anneau inguinal gauche. Gonflement des glandes inguinales.

Garde-robe dure, insuffisante et retardée. Selles molles, diarrhée blanchâtre (après quatre heures). Ténesme prolongé à chaque garde-robe. Elancements vers l'anus avant la selle. Douleur d'écorchure anale.

Dr G. Sieffert.

(*La suite au prochain numéro*).

MEDECINE PRATIQUE

Les insuffisances aortiques sans souffle

Dans un article très intéressant (1), le professeur Bard (de Genève) étudie les cas d'insuffisance aortique sans souffle et nous donne les moyens cliniques pour les reconnaître.

Il rappelle d'abord que le souffle diastolique de la base,

(1) *Semaine médicale*, 2 juin.

signe physique le plus caractéristique de l'insuffisance aortique, peut, dans un grand nombre de cas être très faible et très difficile à découvrir, et peut même faire complètement défaut. Depuis qu'il a établi le diagnostic de l'insuffisance aortique par la constatation, au moyen de la palpation large, *du choc en dôme*, le professeur Bard constate fréquemment des insuffisances aortiques méconnues.

Qu'entend-il par le choc en dôme et comment peut-on le constater ?

Il faut d'abord différencier le *choc en dôme* qui est seul caractéristique de l'insuffisance aortique du *choc globuleux*.

Leur distinction est d'autant plus nécessaire que le choc en dôme a *seul* une valeur pour le diagnostic de l'insuffisance aortique, alors que le choc globuleux, avec quelques différences de détail il est vrai, appartient à des cas très multiples, à diverses hypertrophies et plus spécialement à celle de certaines phases du cœur rénal, voire même à de simples dilatations atoniques d'origine névropathique.

La distinction de ces deux types de choc, loin d'être subtile, comme il a été écrit, est d'ailleurs très simple et très facile en pratique. Tous les deux relèvent du facteur musculaire du choc du cœur, et sont en rapport avec les modifications de la forme de l'organe au moment où il commence sa contraction, forme révélée à la main et souvent à la vue par le *soulèvement* de la paroi thoracique, bien distinct de la *secousse* ondulatoire de cette paroi qui relève des vibrations valvulaires.

Le soulèvement du choc globuleux occupe toute la région précordiale, et souvent domine sur la partie moyenne du cœur, au niveau de l'infundibulum de l'artère pulmonaire sur le ventricule droit. Le soulèvement du choc en

dôme est limité à la région même de la pointe ; il est plus étroit, mieux circonscrit, plus appuyé que le premier. Rien n'est plus facile que de distinguer les uns des autres les cas dans lesquels l'un de ces deux modes de choc cardiaque existe seul et bien caractérisé ; les difficultés ne peuvent naître que dans les faits, assez rares, où la palpation large révèle un choc globuleux étendu, qui présente à la pointe une accentuation marquée ; on peut alors se demander si l'on est en présence d'une combinaison des deux phénomènes, ce qui est le cas le plus habituel, par coexistence de leurs causes propres, ou s'il ne s'agit que d'un choc globuleux un peu modifié, comme il se montre parfois dans les états asystoliques ; en tout cas, il ne s'agit jamais alors d'un choc en dôme pur, et ce n'est qu'à cé dernier qu'il faut se fier pour admettre une insuffisance aortique, surtout si l'on n'est pas suffisamment familiarisé avec les données de la palpation large. De même il faudrait garder une certaine réserve si l'on constatait le choc en dôme seul, c'est-à-dire sans les signes périphériques artériels habituellement concomitants, pour tenir compte des cas, d'ailleurs fort rares, mais dont ... Bard a observé des exemples, dans lesquels existe de l'ectasie de la pointe du cœur qui peut créer le soulèvement en dôme sans lésion orificielle coexistante. Par contre, l'absence des signes artériels ne devrait pas suffire à faire rejeter le diagnostic d'insuffisance aortique, si cette absence s'expliquait elle-même par la présence de quelque autre affection susceptible d'en entraver la production, telle que la coexistence de plusieurs lésions valvulaires différentes.

En l'absence du souffle diastolique, on pourra diagnostiquer l'insuffisance aortique par le choc en dôme et les signes artériels périphériques : pouls de Corrigan, aspect

spécial du tracé sphygmographique, pouls capillaire, double souffle intermittent crural.

Pour expliquer l'absence de souffle diastolique dans l'insuffisance aortique on a invoqué différentes raisons : une insuffisance trop large ou trop faible, un abaissement trop marqué de la tension artérielle, la localisation de la lésion sur la valvule sigmoïde la plus postérieure.

M. Bard classe les cas d'insuffisance aortique sans souffle dans quatre groupes de faits bien distincts :

Au début et pendant une phase plus ou moins longue de la période de formation des lésions, dans certains cas où il coexiste des lésions orificielles multiples, dans les cas où la lésion aortique se complique d'arythmie tachycardique continue, enfin dans les cas d'insuffisance aortique fonctionnelle d'origine rénale.

Le premier groupe de faits est de beaucoup le plus important au point de vue pratique, puisqu'il s'agit de cas dans lesquels la lésion aortique constitue toute la maladie et que, dès lors, la reconnaissance de l'existence de cette lésion avant la survenance du souffle prend toute la valeur qui s'attache à un diagnostic précoce, permettant le pronostic et la thérapeutique appropriés ; dans les autres groupes, la lésion aortique n'est qu'un détail généralement accessoire dans un ensemble morbide déjà bien caractérisé par ses symptômes essentiels.

Ce premier groupe se subdivise lui-même en deux catégories, suivant que la lésion sigmoïdienne latente relève de l'athérome, ce qui est le cas le plus habituel, ou qu'elle dépend d'une inflammation de l'endocarde, ce qui est infiniment plus rare.

M. Bard montre un malade de son service qui peut rentrer dans la première catégorie ; il s'agit d'un homme de 52 ans, entré à l'occasion d'une bronchite légère ; il existe un peu de dyspnée d'effort, mais c'est le seul signe d'hyposystolie ; aucun antécédent, pas d'albumine, perméabilité rénale parfaite ; teint coloré ; à l'examen du sang on constate 5.600.000 globules rouges et une grande richesse en hémoglobine 105 0/0.

L'auscultation montre au poumon un léger emphysème avec légère congestion des bases. L'auscultation du cœur ne fait constater aucun souffle : le premier bruit est un peu prolongé, sourd ; le second plus accentué que normalement, sans être clangoreux.

Par contre, le choc du cœur est constitué par le soulèvement de la pointe en choc en dôme ; le choc est constant, siège dans le décubitus dorsal au niveau du cinquième espace ; dans le décubitus latéral gauche, il se porte plus en dehors, dans le sixième espace intercostal ; le soulèvement de la paroi est bien visible à l'inspection aux mêmes points. Le pouls radial offre le caractère atténué du pouls de Corrigan ; les fémorales un choc très vibrant, mais on ne peut y produire le souffle diastolique de Duroziez ; pouls inégal, léger, mais net.

Le tracé sphygmographique donne l'ascension droite et haute, avec le crochet de l'insuffisance aortique.

M. Bard pense que l'absence des souffles à l'orifice aortique et au niveau des crurales doit tenir en partie à la pléthore sanguine qui a été constatée dans ce cas. Il croit que de même le sang en hypoglobulie produit des souffles anémiques chez les chlorotiques, de même le sang trop chargé de globules doit mettre obstacle à la production des souffles.

Il est possible que, à une période plus avancée de la maladie, les souffles apparaissent, comme cela s'est produit chez une malade dont il rappelle brièvement l'histoire.

Entrée une première fois dans le service en 1904, elle présentait un choc en dôme bien caractérisé avec un léger souffle systolique mésocardiaque sans souffle diastolique avec des signes artériels périphériques très légers, sans souffle de Duroziez ; M. Bard fit naturellement le diagnostic d'insuffisance aortique sans souffle. En 1907, elle revenait avec des ramollissements cérébraux multiples, et, cette fois, un double souffle systolique et diastolique, net et constant, accompagnait le dôme. Il s'agissait d'ailleurs bien de lésions simplement athéromateuses, la malade était âgée de quatre-vingts ans et succomba à ses lésions cérébrales sans avoir présenté aucun trouble asystolique. A l'autopsie, on constata des plaques athéromateuses dans les nids valvulaires, et, sur les trois premiers centimètres de l'aorte ascendante ; le bord libre des valvules avait conservé son aspect ordinaire, sauf une forte saillie d'un lobule d'Arantius hypertrophié ; par contre, dans leurs trois quarts inférieurs jusqu'à leur insertion les valvules étaient opaques, épaissies, rigides et un peu calcifiées. L'influence que peut exercer une pareille disposition, au point de vue qui nous occupe, s'explique aisément par le rôle bien connu de la consistance des bords d'un orifice sur la production des souffles à son niveau. Sans vouloir généraliser cette explication, M. Bard se croit autorisé è affirmer que le souffle peut manquer dans les insuffisances aortiques qui se constituent par la rigidité et l'infiltration des valvules débutant par leur zone d'insertion et ne s'étendant pas jusqu'à leur bord libre.

Cette absence de souffle aortique, relativement fréquente

dans la première catégorie où la lésion tient à l'athérome est beaucoup plus rare dans la seconde, causée par une lésion de l'endocarde. M. Bard vient cependant d'en observer un exemple, chez un jeune homme de vingt-quatre ans qui a succombé aux progrès d'une endocardite aortique subaiguë.

Au moment de l'admission, on ne constatait qu'un souffle systolique à la base, accompagné d'un léger frémissement, et, à la pointe, un bruit présystolique très court, mal défini ; par contre la palpation révélait un petit choc en dôme dans le décubitus latéral gauche, qui échappait dans le décubitus dorsal ordinaire ; le deuxième bruit était plus accentué que normalement, mais sans aucun caractère soufflant. Les signes périphériques artériels étaient douteux.

L'auscultation permettait d'affirmer l'existence d un rétrécissement aortique, et inclinait à faire admettre la participation de l'orifice mitral sous forme de rétrécissement léger ; mais la palpation rendait plus vraisemblable l'existence d'une insuffisance aortique sans son souffle habituel. L'évolution ultérieure a montré qu'il en était bien ainsi ; le choc en dôme est resté constant, et, en novembre seulement, a fini par apparaître et s'installer définitivement un souffle diastolique court, lointain, au lieu d'élection sous le sternum, en regard du troisième espace gauche. L'autopsie, deux mois plus tard, a révélé l'intégrité de la mitrale, tandis que les sigmoïdes aortiques étaient complètement transformées par une endocardite végétante, ayant créé sur un point la soudure de deux valvules, sur d'autres des érosions profondes, et, de plus, au-dessous d'une des sigmoïdes, une petite poche anévrysmale pariétale. Il s'agissait en somme ici, d'un processus subaigu, sans sclé-

rose dure ni calcification, ayant par suite conservé aux parties atteintes une mollesse relative qui se concilie bien avec l'apparition tardive du souffle diastolique.

Le second groupe des cas d'insuffisance aortique sans souffle est constitué par les endocardites polyorificielles ; surtout par la coexistence du rétrécissement mitral et de l'insuffisance aortique. Les signes de l'orifice aortique peuvent être masqués par les signes de l'orifice mitral et on ne peut guère compter que sur les signes artériels périphériques et le choc en dôme pour soupçonner l'insuffisance aortique.

Le troisième groupe est celui des cas d'insuffisance fonctionnelle de l'orifice aortique ; il est encore mal connu.

Le quatrième et dernier groupe d'insuffisance aortique sans souffle est celui dans lequel il existe une arythmie irrégulière continue. Dans ces cas, l'insuffisance peut être complètement méconnue, parce qu'en même temps que l'absence de souffle, les signes périphériques font défaut, et même le choc en dôme et dans ces cas l'insuffisance aortique peut n'être constatée qu'à l'autopsie.

De toutes les variétés d'insuffisance aortique sans souffle dont parle M. Bard, la plus importante à diagnostiquer est celle du premier groupe, et surtout celle qui est liée à l'athérome aortique. Dans celle-là seulement, la connaissance rapide de la lésion est intéressante pour le malade au point de vue du traitement et de l'hygiène.

Dr Marc Jousset.

HYGIENE THERAPEUTIQUE

Du régime alimentaire des tuberculeux.

Le prof. Robin a fait une leçon sur cette question à l'hôpital Beaujon (1) ; nous reproduirons une partie des indications pratiques qu'il donne à ce sujet.

Il commence par s'élever contre la suralimentation, et nous sommes du même avis ; les tuberculeux doivent être nourris avec soin ; mais la suralimentation a souvent occasionné des accidents gastriques, intestinaux ou autres.

La nourriture sera variée, les régimes exclusifs ou exagérés diminuant l'appétit et donnant de l'anorexie. Trois repas suffiront en général, à moins que la quantité d'aliments prise à chaque repas soit insuffisante ou que le sujet soit un grand mangeur. Il mastiquera avec soin, parlera peu, se reposera sur un fauteuil après le repas.

La quantité et le choix des aliments seront proportionnés aux facultés digestives et aux particularités individuelles. Chez un hypersthénique, on augmentera les aliments ternaires et l'on diminuera les aliments animaux ; aux diarrhéiques, on ordonnera en plus des aliments astringents : nèfles, myrtilles, coings. En cas d'intolérance absolue, le régime lacté absolu sera prescrit à raison de 60 grammes de lait par kilog de poids et par 24 heures.

Les aliments préférés seront ceux qui jouissent de propriétés thérapeutiques. Le tuberculeux se déminéralisant,

(1) *Journal des Praticiens*, 20 mars.

on se rappellera la liste des aliments capables de réparer ses pertes. La chaux, la magnésie, la silice, le fer, le phosphore sont renfermés dans nombre de produits alimentaires usuels. On trouve de la chaux dans les œufs, le lait, les haricots, les choux, les asperges, les fraises, les oranges, les figues. La *magnésie* est contenue dans les œufs, les cervelles, le riz de veau, les choux de Bruxelles, les pommes, les châtaignes. On a isolé le *phosphore* dans les œufs, le lait, la viande de veau, les poissons, les fromages, la laitance de poisson, les légumes secs, les carottes, les amandes, les figues, les dattes. Le *fer* appartient aux œufs, à la viande de bœuf, aux légumes secs, au riz, aux asperges, navets, choux de Bruxelles, salades vertes, épinards ; les pommes, poires, fraises, prunes renferment également du fer. D'autres aliments contiennent de la *silice*, tels les haricots et les fèves, les salades vertes, les choux-fleurs, les raisins, les pommes. Veut-on prescrire de l'*iode ?* On saura qu'on en retrouve dans les crevettes, les homards, les haricots verts, carottes, asperges, riz, ananas, fraises.

La *viande crue* est un aliment des plus utiles. On n'en ordonnera pas plus de 100 à 150 grammes par jour, crainte qu'à plus hautes doses on n'ait à regretter une suractivité dans les échanges respiratoires. La viande crue, mieux digérée que la viande cuite, riche en ferments utiles à la nutrition générale, répugne souvent au malade. Pour la faire accepter, on commencera par la râper au couteau, puis on la pilera au mortier ; elle sera débarrassée de ses parties tendineuses et ainsi préparée on pourra la présenter entre des tranches de pain couvertes d'une lame de jambon enduite de beurre : 25 grammes de viande crue seront intercalées entre le jambon beurré, ou bien des

boulettes de viande arrosées de quelques gouttes d'alcool sont offertes à la flamme qui en rissole la surface, ou bien on mêlera la pulpe de viande crue à du bouillon aromatisé soit de céleri, soit avec des clous de girofle ou de la noix muscade. Le potage aux carottes et à la viande crue est classique, la couleur rouge de la carotte dissimule celle de la viande.

Après la viande crue, les *œufs*. On n'en autorisera pas plus de 3 à 4 par jour ; ce chiffre pour les gros mangeurs, pourra monter à 5 ou à 6. Six œufs renferment 21 milligr. de fer, 12 milligr. de silice, 1 gr. 50 de lécithine.

La *gélatine* nécessaire aux doses de 25 gr. à 30 gr. par jour sera trouvée dans la tête de veau, les pieds de mouton, de porc, les gelées de viande ou de fruits. Dans les ménages pauvres, on peut utiliser la gélatine du commerce (colle de poisson) pulvérisée et saupoudrée sur les aliments, ou encore incorporée aux doses de 20 gr. par litre de bouillon, un bouillon préparé avec peu de viande et beaucoup d'os et d'aponévroses. La moitié de ce bouillon sera prise chaude et l'autre moitié en gelée.

On peut encore, à titre de condiments, recommander des gelées de viande relevées d'estragon ou de cognac, à ajouter aux différents aliments.

Le *bouillon* ordinaire est des plus nourrissants. Il renferme par litre 4 gr. 19 de sels potassiques ou magnésiens, 7 gr. 50 d'albuminoïdes et de substances collagènes. C'est un agent d'épargne, reminéralisateur, peptogène et diurétique.

Citons, parmi les autres aliments recommandables, le *foie de veau*, qui renferme du glycogène, du fer et des graisses phosphorées ; les *cervelles*, la *moelle*, riches en lécithine ; le *ris de veau* qui contient à la fois des nucléi-

nes et des substances collagènes ; les *poissons maigres* (sole, merlan, barbue, brochet) qui renferment des phosphates : la *soupe à la tortue* est gélatineuse, les *huîtres*, les *crevettes*, les *crabes*, le *caviar* sont utiles par le phosphore.

On n'interdira pas les *condiments*. Ils stimulent l'appétit et facilitent la digestion, à condition d'être pris en petites quantités (vanille, clou de girofle, cannelle, laquelle renferme de l'aldéhyde, de l'acide cinnamique, sauge, serpolet, thym, gingembre, ail, oignon, raifort, moutarde, qui contient du sulfo-cyanate d'allyle).

Le *sel marin*, outre son action favorable sur la digestion, excite les organes hématopoiétiques et protège les albuminoïdes contre les actes désassimilateurs. Il faut 0 gr. 25 de sel par kilogramme de poids, soit 10 à 12 grammes de sel dans les 24 heures, en dehors du sel alimentaire (1 gr. 50 environ).

Les *sucres* sont nécessaires aux doses de 70 à 100 gr. par jour (Laufer). Ils retardent la desassimilation des corps gras.

Quant à la préparation des aliments, elle devra plaire à la fois au goût et à l'œil. Les viandes seront grillées à la broche et présentées sur la table avec leur jus ou une sauce au beurre. Les poissons seront cuits au court-bouillon (sauce au beurre) ou cuits au vin non acide relevé de cannelle, d'ail, d'oignon. Le merlan et la sole pourront être autorisés frits, car la peau de ces poissons se détache aisément. Des quenelles de poisson (sauce au beurre), des légumes cuits à l'eau et au sel, additionnés de beurre frais, des pommes de terre en robe de chambre avec beurre frais et sel compléteront les menus.

Les pâtes alimentaires seront cuites à l'eau et gratinées *légèrement*.

Dans les entremets, rentrent les crèmes renversées, les puddings. Le dessert se composera de fromages, de compotes de fruits (compotes d'abricots plus lourdes).

La boisson se composera de vin rouge (contient du fer, du tannin) mêlé d'eau, ou de bière (un verre à bordeaux de bière de malt par verre de bière). On pourra autoriser 1 gramme d'alcool par kilogramme de poids.

On interdira les graisses, le beurre cuit, les sauces de cuisinier, le gibier, les viandes faisandées, les conserves, la charcuterie, sauf le maigre de jambon, le poisson gras (maquereau, saumon, anguille, harengs, carpe), les crudités, acides (citron, vinaigre), les fruits crus, sauf le raisin.

Les corps gras et les alcooliques conviendront mieux en hiver ; certains goûts individuels règleront le choix des aliments.

La promenade d'une demi-heure sera faite avant les repas ; le malade se reposera après les repas une heure et demie à deux heures, puis fera un tour en voiture. Tout cela si la fièvre fait défaut.

En cas de fièvre, le repos sera absolu.

Voici beaucoup de renseignements intéressants et dont nous pourrons faire notre profit.

Dr MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIETES SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

I

DEUX CAS D'INFECTION ÉBERTHIENNE BILIAIRE AIGUË, ANGIOCHOLITE ET CHOLÉCYSTITE AIGUËS AU COURS DE LA FIÈVRE TYPHOIDE.

(*Séance du 4 juin.*) — M. LAIGNEL-LAVASTINE commence sa communication par des considérations générales sur la fièvre typhoïde, qui est une septicémie qui « ne peut pas plus être considérée comme une maladie de l'intestin que la variole comme une maladie de la peau ». Il y a longtemps que cette vérité a été enseignée par l'Ecole de l'*Art médical*, qui va même plus loin, puisque, pour elle, les maladies sont toutes des maladies générales, pouvant se localiser, mais siégeant dans l'organisme tout entier.

Les travaux des chirurgiens, principalement de Quénu et Duval ont bien établi la nécessité de l'intervention rapide dans les infections angiocholiques survenant pendant la fièvre typhoïde ; car le terme ultime de cette infection est la mort de la cellule hépatique.

Les indications opératoires sont tirées de la fièvre, de la tuméfaction hépatique et cystique, de l'hyperleucocytose, des symptômes d'intoxication générale : agitation incessante, délire, teinte gris jaune des téguments, irrégularité du pouls, azotémie et des signes urinaires d'insuffi-

sance hépatique : oligurie, hypoazoturie, albuminurie, urobilinurie ; les résultats opératoires, avec 7 morts sur 34 opérés, donnent un pourcentage de 22,3 de mortalité totale.

M. Laignel-Lavastine publie deux observations, malheureusement terminées par la mort.

Voici les signes qui peuvent chez un typhique faire penser à la cholécystite : douleur à la pression dans un point situé un peu plus haut que le point de Mac Burney, sur le bord externe du muscle droit, à l'angle du rebord costal et du muscle (Quénu) ; en même temps, contracture localisée et défense du muscle droit ; état nauséeux.

II

Des hématomes intra-musculaires dans la leucémie myéloide.

MM. Lesieur et Froment ont observé un cas de leucémie myéloïde avec deux hématomes intramusculaires ; cette complication très rare, étant d'un pronostic inexorable, ils profitent de cette observation, qu'ils publient *in extenso* et de cinq autres cas qu'ils ont pu relever pour esquisser l'étude clinique de cette complication.

Dans leur observation, il s'agissait d'un malade présentant depuis plusieurs mois tous les symptômes d'une leucémie myéloïde typique, rebelle au traitement radiothérapique, et d'ailleurs de forme sévère (410.750 leucocytes, et environ 1 pour 6 hématies), qui brusquement accuse le 28 janvier 1908 une douleur dans la cuisse gauche, et peu après, au même niveau, un œdème dur localisé à ce segment de membre. Il entre de nouveau le 3 février à la cli-

nique du professeur Lépine dans un état de cachexie et d'anémie très marquée. L'aspect du membre, aux téguments tendus, blanchâtres et douloureux, fait penser à une phlébite, bien que l'œdème soit beaucoup moins marqué à la jambe qu'à la cuisse et que l'on ne sente pas de cordon veineux. La température est subfébrile. Le 13 février, le malade, qui n'avait pas quitté son lit, se plaint d'un gonflement un peu douloureux de son épaule droite et l'on trouve en effet dans la fosse sous-épineuse droite une voussure étalée et fluctuante du volume de deux poings ; la peau à son niveau a conservé son aspect normal. On retire par la ponction un liquide de teinte vieux rose qui s'écoule péniblement goutte à goutte et qui présente la même composition cytologique que la goutte de sang prélevée par la piqûre du doigt du malade. On ne peut préciser le début de cet hématome et l'on ne trouve pour l'expliquer aucun traumatisme, même léger. La mort survient trois jours après sans aucun phénomène nouveau.

L'autopsie vient révéler la présence de deux hématomes, l'un au niveau de l'épaule, l'autre, que l'on ne soupçonnait pas, au niveau de la cuisse ; tous deux en plein tissu musculaire et de situation profonde, formant de vastes poches irrégulières pleines d'un sang semi-fluide, semi-coagulé, d'aspect boueux et sale. Mais elle permet de constater également l'existence d'une lithiase rénale latente et d'infarctus pulmonaire.

Voici les principales conclusions des auteurs :

L'hématome intramusculaire est une complication rare des leucémies myéloïdes.

Son apparition annonce une évolution fatale à brève échéance et coïncide avec une augmentation du nombre des myélocytes dans le sang.

Le diagnostic en est toujours difficile : les ecchymoses, inconstantes et tardives, ne peuvent le faciliter. D'ailleurs, il peut constituer la seule hémorrhagie observée dans une leucémie. La ponction exploratrice, surtout complétée par l'étude de la formule hémo-leucocytaire du sang retiré, fournit un élément de certitude.

L'examen histologique de la paroi de l'hématome, pratiqué deux fois seulement à notre connaissance, a montré une nappe épanchée ayant la composition du sang leucémique et des lésions du muscle voisin dues à son infiltration par le sang épanché.

Ces lésions s'expliquent par la suspension de la circulation et de la nutrition des tissus.

III

Trois cas de pleurésie séro-fibrineuse traités par injections sous-cutanées de liquide pleural. Résorption de l'épanchement.

M. Enriquez a eu l'occasion de traiter trois cas de pleurésie séro-fibrineuse au moyen de l'injection hypodermique de liquide pleural. Ce traitement, qui a été préconisé par Gilbert (Suisse), et essayé depuis par un certain nombre d'auteurs (Fade, Masetti, Schnützen, de Berlin), paraît donner des résultats favorables.

M. Enriquez a laissé ces malades au repos et au régime lacté, un temps assez long pour s'assurer qu'il n'y avait aucune tendance à la résorption spontanée de l'épanchement. Chez les trois malades, il a noté une diminution rapide de l'épanchement à la suite des injections sous-cutanées de liquide pleural. Deux des malades sont actuelle-

ment complètement guéris ; chez le troisième, qui avait un gros épanchement, le liquide est résorbé en grande partie et l'auscultation permet de percevoir le murmure vésiculaire jusqu'à la base du thorax.

Des radioscopies successives ont permis de suivre la marche de la guérison.

Voici le procédé : avec une seringue de Pravaz et une aiguille de 4 centimètres de longueur, on fait aseptiquement une ponction exploratrice au niveau de l'épanchement ; on retire deux ou un centimètres cubes du liquide pleural, on retire incomplètement l'aiguille, on fait pénétrer son extrémité dans le tissu cellulaire sous-cutané et on y pousse le liquide aspiré.

Ces injections sont répétées tous les trois ou quatre jours.

Chez un des malades, deux injections ont suffi, chez les deux autres, on a dû en faire trois.

Chez un des malades seulement, on a observé une polyurie très nette.

C'est un traitement à étudier encore et qui rentrerait dans ce que nous appelons l'isopathie.

On peut jusqu'à un certain point accepter les réserves faites par M. Fernet à la suite de cette communication ; il fait remarquer que le traitement a été commencé par M. Enriquez environ trois semaines après le début des accidents, et que c'est souvent à ce moment que l'on observe la résorption spontanée de l'épanchement.

Nous ajouterons que deux pleurétiques que nous avons eu à soigner dans ces derniers temps ont vu, après l'emploi de la bryone et de la cantharide, leur épanchement

disparaître, chez l'un des malades au bout de dix jours, chez l'autre au bout de huit.

IV

Traitement de la syphilis par un nouveau dérivé arsenical : benzo-sulfone-para-aminophénylarsinate de soude.

MM. Balzer et Monneyrat ont traité un assez grand nombre de syphilis maligne ou forte par ce nouveau produit qui est un corps analogue à l'atoxyl, mais moins toxique.

Nous n'entrerons pas dans les détails de leur communication ; nous croyons toujours que le traitement classique, mercure et iodure ne doit pas être abandonné pour tous ces nouveaux traitements qui n'ont pas encore fait leurs preuves ; cependant, il existe des cas de syphilis qui paraissent résister au traitement ordinaire; il y a des cas où ce traitement est mal supporté ; on sera alors autorisé à essayer le nouveau produit, qui paraît avoir eu une action vraiment favorable dans quelques-unes des observations rapportées. Nous devons, du reste, reconnaître que MM. Balzer et Monneyrat ont émis une opinion analogue à celle que nous venons de soutenir, lorsqu'ils disent :

« Il peut y avoir avantage suivant les cas à faire des cures alternées par le mercure, l'iodure de potassium et l'arsenic. Le dérivé arsenical nous semble, en effet, appelé à rendre de réels services dans la syphilis, d'une manière générale, et particulièrement dans la syphilis secondaire, dans la syphilis tertiaire avec gommes ou ulcères, et dans les cas rebelles où il devient nécessaire de varier les médications pour les faire tolérer pendant des cures très longues.

En résumé, la cure hypodermique par le dérivé arsenical nous paraît devoir être dirigée de la façon suivante : pour l'adulte, en se servant d'une solution qui contient dix centigrammes par centimètres cube d'eau distillée, commencer par injecter cinq centigrammes le premier jour, dix centigrammes le second jour, et arriver au quatrième jour à vingt centigrammes. Cette progression nous semble nécessaire pour s'assurer de la tolérance du malade et par crainte de l'idiosyncrasie. Continuation du traitement avec la dose quotidienne de vingt centigrammes. Arrêt de la cure lorsqu'on atteint le dosage moyen de deux grammes à trois grammes, suivant la tolérance et suivant la gravité des cas. On pourrait, sans nul doute, donner des doses plus fortes, mais celles-ci nous ont paru suffisantes.

Après un repos de dix à quinze jours, on peut reprendre la médication, si elle est encore indiquée, et procéder de la même façon, tant que le traitement paraît bien agir et est bien toléré.

Si décidément il se montre insuffisant, on lui substituera ou on lui associera la médication mercurielle ou iodée.

Il nous paraît plus raisonnable de dire que l'on emploiera ce produit arsenical suivant la manière indiquée par M. Balzer pendant les périodes de repos du traitement mercuriel, lorsque ce dernier ne paraîtra pas produire tout l'effet attendu.

V

Pouls lent permanent guéri rapidement par le traitement mercuriel.

MM. F. Ramond et Lévy-Bruhl ont observé à la Pitié un homme de 31 ans, atteint de pouls lent permanent :

chancre suspect à 20 ans, non traité ; à l'âge de 27 ans, après une chute, sans vertige préalable, on constate de l'arythmie cardiaque ; depuis ce moment, pouls lent, 38 à 42 par minute ; crises fréquentes de vertiges et de syncope, sans convulsions ; pouls régulier, tension artérielle entre 16 et 17 à l'appareil Potain ; en examinant la jugulaire dilatée à jour frisant, on constatait des battements assez rapides, 80 à 90 par minute ; il y avait donc dissociation des battements auriculo-ventriculaires ; une injection de 2 milligrammes d'atropine n'amena aucune accélération. Les urines étaient normales. Disparition des réflexes rotuliens et achilléens.

Le traitement antisyphilitique ; injections de 2 centigr. de biiodure de mercure tous les deux jours pendant un mois ; ensuite 3 grammes d'iodure de potassium pendant douze jours ; nouvelles séries d'injections de biiodure pendant trois semaines.

Sous l'influence de ce traitement, amélioration rapide et considérable. Lorsque le malade a quitté volontairement l'hôpital, son pouls était entre 64 et 68 pulsations, les vertiges et les syncopes avaient presque complètement disparu ; ils pouvaient cependant réapparaître après un effort prolongé.

VI

DU TRAITEMENT DES SALPINGO-OVARITES ET DES EXSUDATS PÉRI-ANNEXIELS PAR LE RAYONNEMENT ULTRA-PÉNÉTRANT DU RADIUM.

(*Séance du* 11 *juin.*) — M. HENRI CHÉRON fait une très intéressante communication sur ce sujet ; et rapporte à l'appui treize observations.

Il se sert de tubes cylindriques métalliques contenant le sel de radium ; ces tubes sont recouverts de plusieurs sacs de tarlatane ; de cette façon, on ne laisse agir que les rayons β durs et les rayons γ ; les rayons β mous, qui pourraient amener des complications locales de radium dermites ne passent pas.

Ces tubes sont introduits dans le vagin et quelquefois dans le col utérin lorsqu'il existe en même temps des lésions utérines ; ils sont laissés en place pendant un certain nombre d'heures et paraissent produire les modifications suivantes :

a) Du côté du tissu cellulaire, résorption habituellement rapide des gros et petits exsudats survenus. C'est cette résorption qui explique comment peut s'effectuer la mobilisation des annexes anciennement adhérentes et la mobilisation des utérus fixés en rétroversion.

b) Les modifications survenues au niveau de la trompe et de l'ovaire sont plus lentes à se faire ; il ne faut pas confondre la période d'analgésie du début avec la période de réparation qui est plus tardive et plus lente.

VII

DES MÉNINGITES CÉRÉBRO-SPINALES ABORTIVES A LIQUIDE CLAIR, SANS MÉNINGOCOQUES APPARENTS. LEUR DÉMONSTRATION PAR LA RÉACTION DE VINCENT.

Deux médecins militaires, MM. SALEBERT et LOUIS ont observé à l'hôpital militaire de Rennes un cas de *méningite* cérébro-spinale, à forme abortive, guéri rapidement sans sérum (leur provision était épuisée) ; la ponction lombaire avait donné un liquide clair, avec mononucléose presque

exclusive (moitié lymphocytes, moitié grands mononucléaires) ; aucun microbe, ni à l'examen bactériologique, ni par ensemencement sur agar-ascite. La précipitation de Vincent est positive à 1 % ; il s'agissait bien de méningite cérébro-spinale épidémique : le malade avait du reste des méningocoques dans son mucus pharyngien.

M. Salebert avait déjà observé à Rennes en 1907, dans une épidémie, 30 cas abortifs avec liquide clair. Malgré l'absence du méningocoque, il avait accepté le diagnostic à cause de l'épidémie existante et des symptômes cliniques.

A la suite de cette communication, M. Vincent rapporte qu'il a eu à examiner dans ces derniers temps plusieurs liquides céphalo-rachidiens, à propos desquels la réaction cellulaire insignifiante et l'absence de tout microbe laissait le diagnostic incertain. La réaction de précipitation a permis de déterminer exactement la nature de l'infection.

Cette méthode de diagnostic peut donc rendre de grands services ; mais, il faut opérer sur un liquide céphalo-rachidien récent, conservé dans un tube bouché, gardé au froid et à l'obscurité, parce que le vieillissement du produit ou son exposition à la lumière, même diffuse, peut empêcher la réaction de se produire.

VIII

Sur un syndrome caractérisé par l'hypotension artérielle, la bradycardie clinostatique et l'acrocyanose.

M. Vincent a observé assez souvent, surtout chez des sujets jeunes venant de la campagne, un syndrome particulier : ces sujets, en général atteints d'apathie intellectuelle

ou de stigmates de dégénérescence, parfois d'ichthyose, ont une bonne santé générale ; ils ont souvent eu antérieurement du rhumatisme ou ont des parents rhumatisants ; leurs extrémités, surtout leurs mains, sont froides, violacées. Il y a souvent de la *microsphygmie*, révélée par la palpation et par le sphygmographe. La *tension artérielle*, mesurée au sphygmomanomètre de Potain ou à celui de Vaquez, est nettement abaissée (11 à 13 cent.). En outre, on constate une particularité spéciale, non moins importante. Le pouls, à peu près normal comme fréquence, dans la position debout, diminue beaucoup dans la station horizontale : il peut descendre à 58, 52, 48, 42 et même 40 pulsations, pour se relever dans la station verticale. Il s'agit donc d'une *bradycardie clinostatique*, observée également chez certains rhumatisants subchroniques ou rebelles.

A l'état normal, ainsi que Graves l'a montré, il existe un écart de 8 à 9 pulsations suivant la position du corps. Ici, la différence atteint 15, 20, 25 pulsations ou même davantage, selon que le sujet est examiné couché ou debout.

Enfin, dans la station debout, la pression sanguine, déjà affaiblie, diminue de 2 à 3 centimètres.

La pathogénie de cet ensemble symptomatique est subordonnée à l'hypothyroïdisme. Chez ces sujets, en effet, on constate, par l'examen et la palpation du cou, la forte diminution de volume des lobes du corps thyroïde, voire même l'absence presque complète de l'un d'eux. En outre, et ce qui vient confirmer la notion étiologique, l'opothérapie thyroïdienne amène, parfois en quelques jours, d'autres fois après un délai de deux semaines, une amélioration de tous les phénomènes circulatoires, puis la disparition de l'acrocyanose, celle de la bradycardie et de l'hy-

potension. Cette amélioration persiste plus ou moins longtemps, et, si les symptômes réitèrent, on obtient de nouveau leur régression rapide avec le même traitement.

IX

Dixième cas de gangrène de la bouche et du pharynx a la suite d'injections d'huile grise (huitième cas de mort).

(*Séance du 18 juin.*) -- MM. Gaucher et Giroux rapportent une observation de gangrène de la bouche et du pharynx, consécutive à des injections d'huile grise et ayant amené la mort du malade ; à propos de cette observation, ils résument rapidement les cas antérieurement rapportés par le professeur Gaucher et que nous avons analysés ici même ; toutes ces observations se ressemblent et nous n'y reviendrons pas.

Nous reproduisons, en nous y associant pleinement, la partie de la communication du professeur Gaucher, où il fait la critique des injections d'huile grise et où il indique la manière dont le traitement mercuriel de la syphilis doit être fait ; nous trouvons qu'il a absolument raison et que le traitement par l'huile grise doit être abandonné.

« Je sonne encore une fois le glas, sans espérer être écoulé davantage et je crains fort que ce ne soit pas la dernière fois, car il n'y a de pires sourds que ceux qui ne veulent pas entendre.

« J'ai l'honneur de vous présenter le dixième cas de gangrène du pharynx à la suite d'injections d'huile grise et le huitième cas de mort ; et, des deux survivants, il en est un qui a perdu une partie de son maxillaire, et l'autre, depuis une année, n'est pas encore guéri ; il peut à peine

ouvrir la bouche et a encore un volumineux séquestre du maxillaire à éliminer.

« Ces dix cas de stomatite ou d'angine gangréneuses sont venus échouer par hasard dans mon service ; je ne les ai pas cherchés, ce n'est pas intentionnellement qu'ils m'ont été envoyés. Comme je ne fais jamais d'injections d'huile grise, il serait bien extraordinaire que je fusse le seul a avoir observé ces cas mortels, de même qu'un grand nombre d'autres stomatites graves, consécutives également aux injections d'huile grise, dont je n'ai pas publié les observations parce qu'elles n'étaient pas gangréneuses et ne rentraient pas, par conséquent, dans le cadre de la stomatite que j'ai décrite.

« Je sais en effet, qu'il y a d'autres cas mortels de gangrène de la bouche et du pharynx imputables aux injections d'huile grise ; j'en connais qu'on cache ou au moins qu'on ne publie pas.

« On me dira cette fois encore que, dans tous les cas, les injections ont été faites par des médecins qui connaissaient mal le médicament, qui n'étaient pas des spécialistes, que l'huile grise était mal préparée, qu'on a fait trop d'injections ; on me dira tout cela, même sans le savoir.

« C'est entendu et j'accepte toutes ces objections. Mais. si l'huile grise est un médicament si difficile à préparer, si difficile à employer, si incertain ou si dangereux dans ses effets, un médicament qui ne peut être manié que par des initiés, qu'on ne peut mettre dans les mains de tous les médecins, c'est que c'est un mauvais médicament.

« J'ajoute que ce n'est pas un médicament plus actif que les autres préparations mercurielles. On peut traiter parfaitement une syphilis ordinaire par les pilules de sublimé ou par la liqueur de Van Swieten, ou par la solu-

tion au millième de lactate hydrargyrique, dont j'ai donné la formule, ou par les frictions.

« Les préparations injectables, véritablement supérieures aux autres modes d'administration du mercure, sont les préparations solubles, à cause de leur rapidité et de leur sûreté d'action.

« Or, ces injections ne sont indiquées qu'exceptionnellement, seulement dans les cas où il faut agir vite et énergiquement.

« Hormis ces cas, les anciens modes d'administration du mercure suffisent et doivent être conservés. Voilà ce qu'il faut que tous les médecins sachent ; car le traitement de la syphilis, qui est si fréquente, ne doit pas être l'apanage de quelques-uns, qui s'intitulent spécialistes ; il doit être dans les mains et à la portée de tous les médecins.

« Je me résume : dans les cas ordinaires, pilules de sublimé ou liqueur de Van Swieten ou solution de lactate neutre de mercure ou frictions mercurielles ; dans les cas graves, menaçants ou rebelles, injections de préparations mercurielles solubles, benzoate ou biiodure de mercure.

« C'est une expérience de plus de trente ans dans la thérapeutique de la syphilis, qui m'autorise à parler ainsi à mes confrères. En suivant mes conseils, ils n'auront jamais de mécomptes ni d'accidents. »

Dr MARC JOUSSET.

SOCIETE DE THERAPEUTIQUE

Emploi de l'acide phosphorique chez les diabétiques

M. Cautru a trouvé qu'en analysant l'urine des diabétiques on s'aperçoit que, le plus souvent, elle est hypoacide et hypophosphatée ; il y a d'abord phosphaturie excessive, qui aboutit à une hypophosphatie telle que souvent le rapport de l'acide phosphorique total à l'excédent de densité, indépendant du sucre, descend jusqu'à 2,90 et même 2,40, alors qu'il devrait être de 11 à 11,5. Les diabétiques aboutissent donc à une déminéralisation très importante, car elle amène la cachexie spéciale (chute des dents, des cheveux, lésions cutanées, amaigrissement musculaire, névrites, tuberculose). Ces complications sont liées à la déminéralisation et non à la glycémie. Aussi M. Cautru est-il partisan de l'emploi de l'acide phosphorique à doses fortes pour empêcher, non le diabète, mais ses complications, préférant, dit-il, un diabétique qui se porte bien à un ex-diabétique qui se tuberculise. Il traite avec succès les hypoacides par l'acide phosphorique, les hyperacides vrais par le phosphate neutre de soude, les faux hyperacides par l'acide phosphorique aux repas, et le carbonate de chaux après. La plupart des symptômes fâcheux disparaîtraient sans même que le sucre ait diminué, comme le montrent plusieurs observations détaillées.

Tétanie de la ménopause.

M. Paul Dalché a observé une malade de 55 ans qui, depuis 4 ans, entrée dans la période de la ménopause pré-

sentait des bouffées de chaleur et des crises douloureuses au niveau des mains. Ces crises étaient à peu près quotidiennes, plus vives une à deux fois par mois. Elles commençaient par un engourdissement des doigts, ensuite de toute la main et d'une partie de l'avant-bras, suivi d'une sensation de brûlures, puis de grandes douleurs à forme de crampes. En même temps, les deux mains prenaient une attitude demi-contractées, tout mouvement était impossible et la main ne pouvait être ouverte par aucune tentative. Les téguments ne changeaient pas de couleur, la température ne variait pas, et cet état durait une demi-heure à deux heures. Ces crises étaient plutôt nocturnes, venaient plutôt en hiver, et étaient provoquées par le refroidissement de la température et le contact de l'eau froide. En dehors des crises, la force et la sensibilité étaient normales. Toutes les fonctions étaient satisfaisantes. Ecartant l'hypothèse d'une asphyxie des extrémités, et celle plus séduisante d'une acroparesthésie, affection dans laquelle il n'y a pas de contraction douloureuse des mains et de raideur incomplète des bras, comme il en existait ici, on arrive on diagnostic de tétanie. La tétanie se manifeste d'ailleurs volontiers à propos de la menstruation, de ses troubles, des maladies utérines, de la puberté. Elle fut ici attribuée à la ménopause, et soulagée notablement par l'opothérapie ovarienne.

ENDO-PÉRICARDITE GRAVE TRAITÉE PAR L'ARGENT COLLOIDAL ÉLECTROLYTIQUE. — M. GUÉRIN.

Un jeune homme de 18 ans est pris de rhumatisme articulaire aigu, généralisé, fortement fébrile, et traité par le salicylate à très hautes doses. La fièvre augmente cepen-

dant, une endocardite se déclare avec souffle systolique piaulant à la pointe, puis péricardite avec frottement net. Le malade tombe dans un état pseudo-typhique, avec diarrhée, météorisme, langue sèche, pouls rapide. On se met alors à faire des injections sous-cutanées de 5 c. c. d'*électrargol*. L'état général reste le même la température baissant un peu. On augmente les doses du médicament, faisant même une injection intraveineuse de 10 c.c. La loquacité, l'agitation, le délire, les hallucinations augmentent, avec tremblements des extrémités, agitation extrême ; les battements du cœur sont de plus en plus sourds et précipités. Trois jours après la dernière injection d'argent colloïdal, l'agitation est telle qu'on fait une piqûre de morphine. Le lendemain, l'amélioration est nette et le malade guérit bientôt, gardant quelque temps de la tachycardie. Queques mois après on ne perçoit plus aucun signe de la lésion cardiaque et le malade est accepté au conseil de révision. Pour l'auteur, les phénomènes ataxo-adynamiques seraient un signe critique favorable, dû à l'action du médicament.

TROUBLES DU RYTHME CARDIAQUE CHEZ LES HYPERTENDUS ET MÉDICATION HYPOTENSIVE.

M. MOUGEOT montre, par plusieurs observations, que chez les hypertendus, les troubles du rythme cardiaque, en dehors de l'arythmie irréductible (Huchard), due à la sclérose myocardique, sont l'expression de la fatigue fonctionnelle du cœur, soumis à un surmenage du fait de l'augmentation excessive de son travail par l'exagération des résistances périphériques. Dans ces conditions, le cœur cherche à faire face au travail exigé de lui, non seulement par l'augmentation de l'énergie de chaque systole, mais aussi par

l'augmentation de leur fréquence dans l'unité de temps, d'où la tachycardie. Plus tard, il succombe au surmenage, et présente alors une dilatation chronique latente, révélée cependant par la percussion, et une arythmie guérissable parce qu'elle est due à la simple distension des faisceaux myocardiques.

Contre cette espèce de troubles du rythme cardiaque, causés par l'exagération des résistances périphériques et caractérisés par la coexistence de l'hypertension absolue ou relative, la médication hypotensive, c'est-à-dire réductrice du travail imposé au cœur, donne les résultats les plus satisfaisants, tant que l'insuffisance rénale n'a pas atteint le degré élevé du brightisme.

De l'emploi du Casimiroa edulis ou Zapoté blanco comme hypnotique. — MM. Albert Robin et A. Coyon.

Le *Casimiroa edulis*, plante mexicaine de la famille des rutacées, est employé avec succès, depuis longtemps dans l'Amérique du Sud, comme analgésique, anticonvulsivant et hypnotique. M. Bocquillon, qui l'étudia en France, au point de vue botanique et chimique, ayant eu l'amabilité de nous en procurer, nous nous en sommes servis depuis deux ans et nous n'avons eu qu'à nous louer de son action hypnotique et antispasmodique dans un grand nombre de cas.

A la dose d'une à deux cuillerées à café, l'extrait fluide hydro-alcoolique de graines de *Casimiroa edulis* procure, deux à trois heures après son ingestion, un sommeil calme, sans cauchemar, rappelant le sommeil normal et auquel succède un réveil sans céphalalgie, sans fatigue, sans nausées ; l'effet dure de cinq à six heures.

Sans action nocive, il peut être employé chez le vieillard, chez les malades atteints d'affections rénales ; il est appelé à rendre de grands services chez les malades atteints de névropathie. Il n'est toxique qu'à des doses élevées ; mais il vaut mieux ne pas dépasser deux cuillerées à café.

Les contre-indications seraient, si l'on s'en rapporte aux travaux des auteurs mexicains : une action paralysante sur le muscle cardiaque, que nous avons constatée et qui contre-indique l'emploi du *Casimiroa edulis* au cours des affections où le myocarde est lésé.

L'Aérophagie méconnue, ses formes rares et graves.

M. G. Leven a vu plusieurs malades traités pour des états graves, diagnostiqués asystolie, artério-sclérose, dyspepsie, angine de poitrine, et qui n'étaient que des aérophages. En effet, l'aérophagie est quelquefois si discrète, ses symptômes sont si frustes, quand il n'y a ni renvois bruyants, ni déglutition fréquente de salive, que seule la radioscopie peut en démontrer l'existence, en faisant voir la dilatation gastrique et, plus tard, intestinale.

Dr P. Tessier.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Artériosclérose expérimentale chez le singe. — (*Séance du 8 mai.*)

M. Boveri rapporte trois expériences sur des gros singes. Sur le premier, il a pratiqué des injections sous-cutanées d'adrénaline de 0 gr. 0001 à 0 gr. 004, à jours alternés pendant 45 jours. A l'autopsie, ventricule gauche très

hypertrophié, la crosse de l'aorte présente une petite tache surélevée, jaunâtre, de forme allongée, et dans la portion abdominale, la surface interne présente un aspect ridé et crispé.

Les deux autres singes ont reçu des injections d'infusion de tabac, 25 à 95 centimètres cubes d'une injection à 10 %, 28 injections en 80 jours. On constate les mêmes lésions du cœur et de l'aorte que dans le précédent.

L'auteur conclut que l'adrénaline et le tabac peuvent reproduire l'artériosclérose expérimentale chez le singe. Nous sommes absolument de son avis, mais la thérapeutique expérimentale nous a enseigné depuis longtemps que les médicaments qui produisaient une lésion chez l'animal sain avait la propriété, à faibles doses, de guérir cette lésion ; c'est pourquoi, depuis plusieurs années, éclairés par les résultats de ces expérimentations, nous employons avec succès, l'adrénaline et surtout le tabac dans le traitement de l'aortite chronique.

Qu'il me soit permis de faire remarquer combien la doctrine thérapeutique que nous professons, et qui repose sur la loi de similitude est riche en conséquences pratiques ; c'est parce que nous sommes homœopathes que nous n'avons pas hésité à appliquer à la thérapeutique des résultats qui ressortent des expériences que nous venons de rapporter et de celles, beaucoup plus nombreuses, qui existent déjà dans la science.

La lumière que projette sur la thérapeutique cette grande loi de similitude formulée par Hippocrate et mise au point par Hahnemann, nous permet d'utiliser des travaux de pharmacodynamie produits par nos adversaires, et qui, pour eux, restent lettre morte.

Lésions de l'aorte chez les hérédo-syphilitiques nouveau-nés.

M. Lévy-Frankel rapporte 5 autopsies d'enfants syphilitiques ayant présenté des lésions de l'aorte. Sans entrer dans tous les détails donnés par l'auteur, nous dirons que ces lésions constituent le premier stade de l'athérome artériel et nous font comprendre la pathogénie des dégénérescences aortiques, y compris l'anévrisme, qui sont si souvent d'origine syphilitique.

Dr P. Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ANGLAIS

L'obstruction nasale chez les enfants

Le Dr John Roberson Day, après avoir étudié les causes et l'anatomie pathologique de l'obstruction nasale des enfants, conclut que l'opération seule ne peut être absolument curative, tandis que le traitement constitutionnel, toujours nécessaire, peut être curatif à lui seul. On doit réserver l'opération aux cas suivants : 1° Quand il y a obstruction nasale absolue, ayant résisté au traitement médicamenteux suffisamment prolongé ; 2° Quand il y a obstruction nasale très intense avec augmentation de volume des amygdales et déformation de la poitrine ; 3° S'il y a de la surdité et de l'otorrhée.

La tuberculose étant fréquente dans les antécédents,

l'auteur propose alors de donner : *Tuberculinum* (30 à 200), une dose par semaine. De même, en cas de syphilis héréditaire, il donne *Mercur. vivus* 2e X, et *Syphilinum* (30 à 200), une dose par semaine. Chez les enfants à tendances rachitiques, avec sueurs de la tête pendant le sommeil, retard de la dentition, etc., *Calcarea* 12 a des effets merveilleux. On trouve dans la pathogénésie de *Calcarea* des symptômes nasaux ; narines ulcérées et croûteuses, épistaxis, obstruction nasale par un pus jaunâtre, fétide, coryza excessif et fluent. *Silicea*, complémentaire de *Calcarea*, dans le rachitisme, a les symptômes suivants : épistaxis, anosmie, coryza fluent, mucus âcre et corrosif dans le nez. Ainsi se trouve le tableau de l'état adénoïdien, plus complet encore lorsqu'il y a les douleurs forantes et lancinantes dans les oreilles, et l'otorrhée. Ainsi *Silicea* 12 ou 30 succède bien à *Calcarea*.

Iodium est souvent indiqué : il a dans ses pathogénésies la surdité par catarrhe de la trompe, l'inflammation des amygdales, les ronflements dans les oreilles, une augmentation de salive aqueuse, de la brûlure dans les piliers, du gonflement et de l'allongement de la luette. Il y a aussi une toux sèche : l'enfant se saisit la gorge avec la main, il est agité, dort mal, avec des rêves anxieux ; transpiration nocturne. En examinant la gorge, on trouve un état semi-transparent des muqueuses.

Ces derniers symptômes font aussi penser à *Antim. crud.* médicament spécialement applicable aux bébés et aux enfants ; c'est aussi un remède de la scrofule. Dans sa pathogénésie, nous trouvons l'otorrhée et la surdité, les bourdonnements d'oreilles, l'état d'excoriation des narines et des ailes du nez, l'obstruction du nez, l'accumulation de mucus jaune, épais, dans les narines. C'est un médicament de

grande valeur dans ces états, l'indication spéciale étant la langue chargée, blanche, et la bouche humide.

Pulsatilla est très utile dans ces cas de catarrhe de la trompe d'Eustache, d'origine récente, suivant une attaque de rougeole. Il a beaucoup de symptômes de l'oreille, du nez et de la gorge, et a une action profonde sur les muqueuses.

Calcarea phosphorica est un remède constitutionnel de grande valeur. Je me trouve l'avoir prescrit dans tous les cas à un moment ou à un autre. Dans la pathogénésie sont ces symptômes spéciaux : coryza, nez gonflé avec narines à vif, chez des enfants scrofuleux. Il s'applique aux enfants maigres tandis que *Calc. carb.* s'appliquent aux enfants gras.

Il y a, en plus de ces médicaments, beaucoup d'autres qui rendront, à l'occasion, des services signalés, comme *Mer. sol.*, *Nitric. acid.*, *Ars.* et *Sulfur*, selon leurs indications particulières.

Traitement de la fièvre typhoïde, par le Dr Fisher, de Chicago

1° *Bryonia* est, pour l'auteur, un médicament de premier ordre. Il se base sur l'hébétude mentale, l'expression d'engourdissement, l'aspect abruti, la langue sèche et brune, la fétidité de l'haleine, la paresse des fonctions, la décubitus et le désir d'être laissé tranquille, la lenteur du pouls par rapport à la température. Beaucoup de cas auraient été guéris par ce médicament seul.

2° *Baptisia* vient après *Bryon.*, mais bien moins souvent indiqué que ne le feraient croire les éloges qu'on lui a donnés. Depuis que Hall en a fait un abortif de la fièvre typhoïde, on l'a prescrit à tort et à travers, et cependant

Baptisia est rarement indiqué au début. Ses principales caractéristiques sont : la putridité et la dualité de la conscience ou, plutôt, une perversion de notre dualité.

Baptisia est un remède secondaire, auquel il faut toujours penser quand le malade est délirant et que sa respiration et ses évacuations prennent une mauvaise odeur pénétrante. Quelqu'un est dans son lit avec lui. C'est l'autre qui est devenu malade. Qu'est devenu sa poitrine, sa jambe, ou son bras. Il répond en employant la troisième personne, disant : Il dort bien ou mal, et non je.

Ces symptômes ne se présentent jamais dans la première semaine. Ils proviennent sans doute dè l'effet de la toxine typhique et de la chaleur continue sur ces centres ténébreux qui président à la dualité de la conscience, d'où ce fait que c'est l'autre partie de nous-mêmes qui est malade. Dans cette perversion, *Baptisia* est classique. De même quand la putridité prédomine. Et ceci aussi se produit toujours tard. Le médicament serait meilleur dans les hautes dilutions qu'en teinture-mère.

3° *Belladona.* Beaucoup de typhiques présentent une céphalée intense, une face rouge, des yeux injectés, de la sécheresse de la bouche et de la langue, du saignement de nez, une rougeur générale de la peau. Dans ces cas, *Belladonna* est bien indiqué, mais n'est pas un remède à employer longtemps, car il soulage vite ou ne sert à rien. Ce n'est pas, comme *Bryon.*, *Rhus*, ou *Baptisia*, un médicament qui peut dominer toute la maladie. Mais il est souvent indiqué et fréquemment utile lorsqu'on prescrit *Gelsemium* ou *Veratrum viride.*

4° *Rhus tox.* Les premiers homœopathes avaient l'habitude, comme il y en a encore trop maintenant, de donner *Bryonia* et *Rhus* alternativement à tous leurs typhiques, et

on a publié beaucoup de brillantes guérisons par ce traitement. Les pathogénésies de ces médicaments proclament cependant qu'ils sont directement opposés dans toutes leurs principales caractéristiques. De plus, ils n'ont pas même les rapports d'analogie et ne devraient pas être prescrits ensemble. Si c'est un cas de *Bryonia*, ce n'est pas un cas de *Rhus*. *Rhus tox* est sans égal pour les malades qui présentent : une agitation intense, des mouvements des bras et des jambes, se plaignant amèrement de leur lit, qu'ils trouvent trop dur, ayant un délire marmottant qui ne les abandonne jamais, une diarrhée nocturne, d'apparence purée de pois, des selles involontaires aqueuses et fétides, une langue très sèche, rouge à la pointe, et avec une raie sèche au centre, s'étendant de la pointe à la base.

5° *Lycopodium*. Kraft appelle *Lycopod.* le remède jaune. Tout est jaune : la peau, les sclérotiques, la langue, l'urine, les matières fécales, la sueur. Le foie est gonflé, l'abdomen distendu de gaz : les borborygmes et la flatulence sont caractéristiques. L'esprit est aussi torpide que le foie : le malade est nonchalant et insouciant. *Lycopod* est seulement un remède intercurrent, naturellement, et n'est pas souvent indiqué ; mais, à l'occasion, il est très utile.

6° *Sulfur* n'est pas souvent indiqué quoique ce soit un bon remède ocasionnel. La chaleur est sèche, intense, persistante, pire le soir et la nuit : la peau est sèche comme si on l'avait brûlée, et brûle la main. Le pouls est fort pour un typhoïde, la température extrême, sans descendre. Les intestins sont torpides, comme avec *Lycopod.* l'urine chargée et très rouge, tachant, mais ne laissant pas le sédiment de *Lycopod.* La vessie est paralysée, pleine à éclater. *Sulfur* est un régénérateur, un revivifiant, qui réveille les forces endormies. Rarement, il est longtemps indiqué.

7° D'autres remèdes doivent être envisagés : *Natrum sulf.* est un autre *Bryonia* pour les états typhoïdes, *Psorinum* un autres *Baptisia*, pour la putridité, *Mercurius* un autre *Rhus*, pour les aggravations nocturnes.

Ars. forme, par lui-même, une classe pour les crises. *Phosph. acid.* et *Muriatic acid*, sont comparables pour la prostration. *Phosphorus* est puissant pour les complications bronchiques et *Carbo veget.* un agent magistral pour le collapsus. *Nitri acid, China, Ipeca*, et les *venins* des serpents, sont des remèdes des hémorrhagies qu'il faut soigneusement différencier lorsqu'on en a besoin. *Gelsemium* a la grande fatigue musculaire et la haute température des premiers jours. C'est un excellent fébrifuge dans les états superficiels, mais a peu d'effet dans la typhoïde.

H. D. P. TESSIER.

JOURNAUX ALLEMANDS

LE TEMPÉRAMENT, par le D[r] J. SCHNEIDER, de Leipzig.

Pour guérir il faut connaître non seulement les maladies et chacun des remèdes qui s'y rapporte ; mais la tâche serait alors facile ; mais il n'y a pas de remède spécifique pour tous les cas, et donnant un résultat constant, comme celui du réactif dans une cornue. On doit compter sur la réaction du tempérament, qui n'est pas la même pour tous, mais varie avec chacun, et forme une idiosyncrasie par rapport aux aliments, aux odeurs, aux couleurs, etc C'est cette variété de réaction contre les causes de maladies et vis-à-vis des médicaments qui forme le tempérament. Cette idiosyncrasie n'est qu'une partie des raisons des différences ; l'irritabilité plus ou moins grande du système

nerveux peut encore résulter des mélanges d'humeurs et du sang, de la qualité des humeurs et du sang, et de particularités visibles dans la structure du corps. La constitution héritée des parents, peut encore être améliorée ou dégradée par le genre de vie. Toutes ces notions nous indiquent que c'est le malade qu'il faut traiter, non la maladie.

L'esprit génial de Paracelse a mis en évidence l'harmonie existant entre certains tempéraments et telle plante ou tel minéral, et l'on connaît l'action différente de l'électricité, de magnétisme animal, du climat sur les divers sujets. On classe les constitutions en robuste, débile, floride, torpide, — ou en artérielle, veineuse, lymphatique, nerveuse, classifications trop générales, et insuffisantes. On connaît la psore, la syphilis, la sycose d'Hahnemann, et les maladies correspondant à chacun de ces trois groupements. On sait que les trois types morbides, maladies correspondant au nitre, au fer, au cuivre de Rademacher ne s'adaptent qu'à un petit nombre de personnes.

Grauvogl, de son côté, avait admis trois tempéraments :

1° La constitution carbo-nitrogénoïde avec prédominance dans les tissus du carbone, de l'azote, qui entravaient les oxydations (groupe du cuivre, groupe de psore), sensible au cuivre et au soufre ;

2° La constitution oxygénoïde, avec prédominance de l'oxygène dans les tissus, oxydations accélérées (groupe du fer) ;

3° La constitution hydrogénoïde, avec excès d'eau dans les tissus, et échanges ralentis (groupe du nitre), qui se trouve bien des alcalins.

La constitution carbo-nitrogène est disposée à la scrofule, à la faiblesse, au rhumatisme, la goutte, les éruptions,

catarrhe chronique respiratoire et digestif, pléthore abdominale ; les sujets oxygénoïdes préfèrent le temps humide et nuageux, au temps sec, manquent de graisse et d'albumine, sont sujets à l'anémie et au rachitisme ; les sujets hydrogénoïdes au contraire, préfèrent le temps sec au froid et à l'humidité.

C. G. Carus avait décrit 17 types constitutionnels :

1° Le cérébral, au corps délicat, à la vie nerveuse, active, à l'esprit bien développé, et profond ;

2° Le sensuel, à structure délicate, sens développés, sensibilité aux impressions ;

3° L'athlétique, aux os forts, muscles puissants, peu de graisse, volonté énergique, humeur colérique ;

4° Le phlegmatique : bonne digestion, prédominance de la lymphe, esprit lourd ;

5° L'apathique : la digestion occupe le premier plan, sens peu aigus, esprit paresseux ;

6° L'asthénique : petit corps, os faibles, ainsi que les muscles ;

7° Le béotien : corps lourd, la digestion est la chose principale, la vie de l'esprit négligée ;

8° L'artério-pléthorique : corps robuste, gros cœur, face rouge, plus d'impulsions que de raisonnement, colère ;

9° Le veineux-pléthorique : corps épais, veines apparentes, surtout aux parois abdominales, tournure de l'humeur mélancoloque ;

10° Le pneumatique : thorax fort, plein, avec une structure légère du corps, esprit mobile, l'aspect sanguin ;

11° Le colérique : peau foncée, cheveux noirs, excrétions actives, gros foie, esprit irritable, tempérament impatient ;

12° L'atrophique : maigre, faible, anémique, corps pe-

tit ou tout au plus moyen, peau pâle, faible digestion, exaltation d'esprit ou bien insuffisance ;

13° Le chlorotique (souvent sujets féminins) : mauvais sang, pas de maigreur, plutôt embonpoint, peau jaunâtre, cœur petit, vaisseaux à faible calibre ; vie en rêves, tempérament plutôt phlegmatique ;

14° Le phtisique : thorax long, étroit, faiblement développé ; souvent le corps est très développé, l'esprit peu actif, souvent le tempérament sanguin ;

15° Le lymphatique : mauvais sang, humeurs mauvaises, avec glandes et éruptions, amygdales épaisses, propension à la tuberculose, face pâle, esprit faible, mélancolique ;

16° Le lascif : les attributs sexuels très développés ;

17° Le stérile : peu de développement des parties sexuelles et de leurs annexes.

Il n'est pas difficile de trouver des sujets correspondant à ces divers caractères.

Pour finir : on peut donner une classification des constitutions du corps en sept groupes ; en rapport avec les diverses maladies qui peuvent l'atteindre.

1° Type de Vénus : le corps est beau, petit, d'aspect féminin, la peau rose, la face d'un ovale plein, les cheveux longs noirs ou bruns, le front rond et petit, les yeux grands et bruns, les oreilles petites et non charnues, le cou fort, le tempérament sanguin, prédominance des maladies abdominales ;

2° Type de Jupiter : taille moyenne, teint blanc ou rose frais, disposition à l'embonpoint, cheveux bruns, thorax large, fort ; calvitie précoce, sueur plus ou moins abondante, cou puissant, tendance à la congestion, à l'apoplexie, aux douleurs de foie, tempérament sanguin ;

3° Type de Saturne : grand corps maigre, pâle, sec, peau ridée, cheveux noirs, tournure d'esprit mélancolique, fréquentes maladies nerveuses ;

4° Type d'Apollon : corps moyen, en beauté, peau jaunâtre, épaisse, cheveux plutôt blonds, cou long, musclé, disposition aux maladies du cœur ;

5° Type de Mercure : petite taille, figure longue, agréable, pâle, cheveux noirs abondants, cou fort, larges épaules, mouvements vifs, propension aux maladies du foie et des nerfs ;

6° Type de Mars : taille plus que moyenne, vigueur, cheveux rouges, peau brune, tête petite et large, large poitrine, humeur colérique, disposition aux maladies du sang et des poumons ;

7° Type de la Lune : grand corps à muscles faibles, teint blanc ou un peu rose, cheveux longs, épais, souples, le plus souvent blonds, cou assez long ; abdomen saillant, jambes grêles, humeur mélancolique, triste et rêveuse ; fréquentes maladies urinaires et sexuelles.

On comprend, par l'exposé ci-dessus, que tous ces systèmes ont leurs lacunes, et qu'un type net et pur est difficile à trouver. Néanmoins, la classification de Carus, est encore ce qu'il y a de mieux.

(*Leipziger pop. Zeitschrift für Homoop.*, juillet 1909.)

Résumé du Dr Picard, de Nantes.

EXTRACTION RAPIDE DES BOUCHONS DE CÉRUMEN DU CONDUIT AUDITIF.

Le Dr R. Imhofer (*Therap. Monats.*, 1908, n° 5) propose pour l'enlèvement rapide des bouchons de cérumen, la technique suivante. On fait incliner la tête du malade de façon à tourner en haut l'oreille malade, et on verse dans le con-

duit auditif une solution d'eau oxygénée à 3 p. 100 ; on observe bientôt un dégagement de bulles gazeuzes au niveau de la surface d'affleurement du liquide, en même temps que de petites parcelles de cérumen sont entraînées avec les bulles de gaz. On applique le tragus sur le conduit auditif pour comprimer le liquide contre le bouchon cérumineux, et on maintient le malade dans cette position de 5 à 8 minutes. Le cérumen se gonfle rapidement, se dissocie et entraîne une surdité complète de l'oreille malade. Au bout de 5 minutes, on fait une ou deux injections qui chassent le bouchon sous forme de morceaux désagrégés ou de bouillie. Mais l'eau oxygénée, quand elle n'est pas pure, soit qu'elle soit acide ou qu'elle renferme de la baryte, a l'inconvénient de produire une légère inflammation du tympan.

Ces accidents peuvent être facilement évités en employant le perhydrol dilué à 3 p. 100 qui n'a jamais déterminé, entre les mains de l'auteur, de phénomènes fâcheux.

Il semble, pourtant, que le perborate de soude, qui n'est pas acide, et ne renferme pas d'alcali caustique, est tout indiqué pour un semblable usage, pour cette raison que, grâce à sa nature alcaline, il est apte à dissoudre le cérumen et à le faire gonfler ensuite pour le transformer en une bouillie facile à extraire.

JOURNAUX ESPAGNOLS

Boldo et boldine

Le Dr Eduardo Fornias publie dans la *Revista de Medicina pura* (Barcelone), une étude très complète du Boldo et de son alcaloïde la Boldine, passant en revue la pharma-

cologie, l'action physiologique très complète et les indications thérapeutiques de la plante, dont on connaît l'utilité dans les affections du foie et les inflammations des organes génito-urinaires, et aussi les troubles hystériformes.

JOURNAUX FRANCAIS

La quinine a doses réparties dans les fièvres palustres.

Les règles posées par Forsi, pour l'administration du quinquina et par Bretonneau, pour la médication quinique dans les traitements des fièvres intermittentes, ont reçu de la clinique, de tous les grands médecins, une si imposante confirmation qu'il semble puéril à première vue, de venir relever les insanités qui se produisent de temps à autre sur le mode d'administration du sulfate de quinine dans le traitement des fièvres pallustres ; mais cette question a une telle importance pratique qu'il serait déplorable de voir leur efficacité mise en doute par les systématiques qui, de tout temps, prennent plaisir à critiquer les méthodes thérapeuthiques les plus autorisées. Nous le répétons donc, après les maîtres que nous venons de citer : dans le traitement des fièvres intermittentes ordinaires, le sulfate de quinine doit être administré à dose massive, le plus loin possible de l'accès à venir, et dans les fièvres pernicieuses, une dose plus forte encore de sulfate de quinine doit être administrée n'*importe à quel moment*, sitôt le diagnostic posé, j'ajoute que s'il y a urgence on ne doit pas hésiter à administrer le fébrifuge par voie hypodermique.

Je n'ignore pas que dans les fièvres tierces et surtout

dans les fièvres quartes, en administrant le sulfate de quinine dans le déclin de l'accès ou dès la terminaison de cet accès, le médicament est entièrement éliminé au moment où l'accès suivant devrait reprendre, et cependant il ne reprend pas. Et c'est à cause de cette élimination rapide de la quinine que certains médecins égarés par de faux systèmes thérapeutiques ont préconisé l'administration du médicament fébrifuge quelques heures seulement avant le début de l'accès. Le résultat de cette pratique est le plus souvent une aggravation de l'accès à venir et, chose remarquable, la suppression du deuxième accès qui suit la prise du sulfate de quinine.

La Purgation, a la Société de Thérapeutique

Je croyais que Molière avait dit le dernier mot sur la méthode purgative, la Société de Thérapeutique essaie de me prouver le contraire. Notre confrère, M. Guelpa, a fait l'exposé du sujet, MM. Burlureaux et Bardet, on écrit des variations et tirés des conclusions.

1re conclusion. La purgation, loin d'être une panacée banale, est un remède des plus énergiques dont les mauvais effets sont rarement compensés par quelques avantages.

2e *conclusion*. La *petite* purgation est une *petite* chose qui fait toujours un peu de mal, et quelquefois beaucoup.

3 *conclusion*. M. Bardet dit : La purgation est un mal, mais un mal nécessaire, parce qu'il remédie à la désobéissance que le malade oppose aux prescriptions diététiques.

Comme le Grand Roi, combien d'hommes préfèrent se purger plusieurs fois la semaine afin de pouvoir être des gros mangeurs !

4e *conclusion*. M. Bardet a observé, fort judicieusement, que la doctrine des purgations date de la croyance aux humeurs peccantes, remplacées de nos jours par les toxines et l'auto-intoxication.

Et maintenant, voici ma conclusion : A l'exception de l'indication formelle de vider le tube intestinal à la veille d'une laparatomie, je considère la purgation comme une indigestion provoquée dans le but de combattre une hypothèse, et ayant pour résultat, quelquefois des accidents graves, mais plus habituellement un malaise de peu de durée et qui, lorsqu'il est dissipé, donne au malade l'illusion que sa purgation lui a fait le plus grand bien. Encore une fois, en dehors de quelques indications, aussi nettes qu'elles sont rares, la purgation est de la thérapeutique préhistorique, à laquelle nous devrions renoncer pour l'honneur de notre profession.

DE L'UTILITÉ DES RÉACTIONS DE FOYER DANS LE TRAITEMENT DES TUBERCULOSES PULMONAIRES, PAR LA TUBERCULINE.

M. Küss continue, dans le N° 47 du *Bulletin Médical*, ses études sur la tuberculino-thérapie, et il conclut qu'en « tuberculino-thérapie », on a intérêt à provoquer le remaniement réactionnel des foyers tuberculeux ».

Après avoir demandé pardon à nos lecteurs de ce français barbare, nous dirons que, dans notre méthode, nous évitons, avec le plus grand soin, aussi bien les réactions locales que les réactions générales, ou plus rigoureusement, les *aggravations locales* et les *aggravations générales*.

La lecture du travail de M. Küss nous montre que sa technique provoque toujours une poussée inflammatoire

dans la région malade, et, souvent, une élévation dans la courbe thermique. Nous le disons bien haut, ces aggravations, si faibles qu'elles soient, loin d'être désirables, comme le dit M. Küss, pour le *remaniement* des foyers tuberculeux, doivent être évitées à tout prix.

En commençant le traitement par des sérums dilués au 1/1000000ᵉ et au 1/10000000ᵉ, on obtient des améliorations et des guérisons sans qu'il apparaisse jamais aucun signe de congestion locale ou d'élévation thermique.

Et si, malgré les précautions infinies que nous prenons, une de ces aggravations se produit, nous suspendons immédiatement le traitement pour le reprendre 8 ou 10 jours après, en commerçant avec des doses plus faibles encore.

On serait peut-être tenté de croire qu'une médication atténuée à ce point, demeure stérile ; mais si ces atténuations du sérum sont absolument nécessaires au début du traitement, elles n'empêchent pas d'augmenter les doses graduellement, et d'arriver à des injections de tuberculine pure, qui ne provoquent plus de réaction. Il y a quelques mois, nous avons publié, dans *l'Art Médical*, des observations qui montrent toute l'efficacité de cette thérapeutique.

Dans la séance de la Société d'Etudes scientifiques, sur la tuberculose (13 mai 1909), les médecins qui ont pris la parole, à propos de la communication de M. Kuss, sont tombés d'accord pour recommander l'emploi des doses très faibles, afin d'éviter des réactions dont on ne peut mesurer la portée.

Accidents produits par le sérum anti-diphtérique

M. Gillett, de New-York, publie, sous ce titre, un mé-

moire dont je trouve un extrait dans la *Presse Médicale* du 10 mai.

Le mémoire de M. Gillet repose sur 28 cas, dans lesquels la mort ou un collapsus grave sont consécutifs à une injection de sérum anti-diphtérique.

Voici les symptômes qui ont suivi cette injection : quelques minutes après l'injection, dyspnée intense, œdème et urticaire, puis la respiration se suspend, le cœur continuant à battre.

Le traitement par le sérum de Roux, ne produit jamais en France, de troubles, comparables par leur intensité, à ceux observés par nos confrères Américains.

D'où, nous devons conclure que le sérum des chevaux du Nouveau-Monde, possède des propriétés toxiques qui ne se rencontrent pas, au moins à ce degré, dans le sérum des chevaux européens.

L'action si favorable du sérum de Roux, dans le traitement des diphtéries, nous fait désirer que des recherches et des expériences sur les animaux, permettent à nos confrères d'Amérique, de reconnaître les causes auxquelles on peut attribuer la toxicité de leur sérum.

Quoique les accidents observés en France, à la suite du traitement de la diphtérie par le sérum de Roux, soient loin d'être comparables par leur gravité à ceux signalés par les médecins américains, des accidents analogues existent cependant. C'est pourquoi nous pensons que des études de laboratoire et de clinique s'imposent pour rechercher un moyen d'atténuation de la toxine diphtérique autre que celle obtenue par son passage à travers l'organisme du cheval.

Occlusion intestinale par le diverticule de Meckel

Le professeur Kirmisson, dans une leçon faite à l'Hôpital des Enfants malades, et reproduite dans le *Bulletin Médical*, du 19 mai, a exposé l'histoire de l'Occlusion intestinale par le diverticule de Meckel.

De cette leçon, nous retiendrons la partie pratique celle qui permet de faire le diagnostic de l'affection et d'instituer un traitement qui, pour être efficace, a besoin d'être précoce. Ce traitement consiste dans la laparotomie et la libération de l'intestin étranglé, par l'ablation du diverticule de Meckel.

Les signes de cet étranglement sont en première ligne ceux de l'étranglement interne : douleurs abdominales, ballonnements considérables du ventre, vomissements, qui peuvent devenir fécaloïdes, et suppression complète des selles.

Devant cet ensemble de symptômes, on ne doit pas hésiter à opérer et, si cette opération est pratiquée avant que ne se soit produit l'état général grave avec commencement de collapsus, la guérison est rapide.

Pleurésie médiastine

Nous trouvons, dans le *Bulletin Médical*, du 19 juin, un article du Dr Lafforgue, sur cette variété de pleurésie.

On sait combien le diagnostic est difficile dans ce cas, aussi voulons nous rappeler les symptômes qui ont permis de faire le diagnostic dans le cas particulier rapporté dans ce mémoire.

Les symptômes généraux sont : une fièvre à type rémittant, à grandes oscillations (de 39° le matin à 41° le soir et, au moment de la convalescence, de 37° à 39°). Les

symptômes locaux se bornent à un souffle léger, superficiel, la diminution des vibrations thoraciques, puis la déviation de la pointe du cœur ; la pointe bat dans le 5e espace intercostal à deux travers de doigt en dehors du mamelon ; une ponction exploratrice a permis de recueillir une petite quantité de sérosité, et la radioscopie a fait voir une ombre très nette correspondant à la matité.

Ajoutons que, malgré l'intensité de la fièvre du début, l'état du malade s'améliora, que le liquide finit par se résorber, et que la guérison fut complète.

BIBLIOGRAPHIE

Constitution de la thérapeutique homœopathique, par le Dr P. Jousset, médecin de l'hôpital Saint-Jacques. Ancien interne lauréat (médaille d'or) des hôpitaux de Paris. J. B. Baillière et fils, Paris.

Fidèle à ce principe d'enseignement, qu'une notion, un fait, un principe, ne peuvent se fixer dans la mémoire de ceux à qui on s'adresse, qu'à la condition de les présenter sous tous leurs aspects, tout en variant autant que possible la manière de les exposer, M. le Dr P. Jousset nous ramène encore une fois sur un sujet qui lui est cher, et qu'il professe depuis cinquante ans ; à savoir que l'homœopathie date d'Hippocrate, qu'elle a été enseignée par Paracelse, Stald, van Helmont, (il oublie Boerhaave et sa fameuse phrase, *medicamina possunt dividi in partes adeo minutas quam vim imaginationis éludent, quæ tamen retinebunt vires*), mais qu'à Hahnemann revient l'honneur de l'avoir

établie sur le trépied inébranlable de la matière médicale expérimentale, de la loi de similitude et de l'action des doses petites et infinitésimales.

Pasteur a consacré par les admirables expériences de laboratoire, tout ce que notre doctrine avait d'imparfait, étant donné qu'à la fin du xviiie siècle et au commencement du xixe siècle, la méthode expérimentale et sa technique n'existaient pas encore. Depuis, les expériences de Crookes sur la matière radiante et l'état subtil ou quatrième état des corps, les recherches sur l'état colloïdal des métaux et enfin l'admirable découverte de notre grand Curie sur l'action du radium, ont fait cesser les plaisanteries dont on ne cessait de nous accabler. Et si je dis notre Curie, c'est qu'il faut bien rappeler que son père et son grand-père, ce dernier surtout, furent des médecins homœopathes de valeur, et que leur génial descendant fut bercé de la chanson infinitésimaliste, ce qui n'était pas fait pour le détourner des premières et stupéfiantes constatations, sur l'action des doses ultra-infinitésimales du radium.

Pour en revenir au substantiel et si concret opuscule de notre vénéré doyen, nous n'étonnerons personne, en disant que son travail est un plaidoyer vigoureux en faveur de l'éclectisme médical, qui, depuis sa fondation, il y a maintenant cinquante-cinq ans, a été le drapeau de l'*Art médical*, drapeau qui rallie toujours une phalange compacte de collaborateurs et d'amis dévoués.

Tout en étant éclectique, et parce qu'il est éclectique, le Dr P. Jousset ne condamne aucune pratique, mais il est effrayé dans son robuste bon sens et sa judicieuse expérience, par les tendances d'une petite partie des disciples de Hahnemann, pour qui l'homœopathie consiste à administrer des médicaments à des doses tellement atténuées

qu'aucun pharmacien ne peut les préparer. Comme il le dit avec raison, cela devient des remèdes secrets, interdits par la déontologie médicale.

Du reste, ce qui peut nous rassurer, c'est l'enquête faite par le Dr Jousset chez les pharmaciens homœopathes de Paris au sujet de la posologie. Dans la première quinzaine de février, il y eut 3.000 ordonnances de médecins homœopathes, exactement 2.977 allant de la substance à la 3e dilution inclusivement.

La 6e et la 12e dilutions atteignirent le chiffre de 1.227.

La 30e dilution tombe au chiffre modeste de 123.

Les 100e et 200e ont un total misérable de 13 prescriptions.

On le voit par ces chiffres absolument authentiques, dit le Dr Jousset, « les médecins homœopathes de Paris se composent en général de praticiens de bon sens qui affirment par des chiffres leur tendance à user principalement des doses pondérables.

« Quant aux illuminés, ils ont produit treize ordonnances en quinze jours dans toutes les pharmacies homœopathiques. »

Je me permettrai de ne pas souscrire à ce qualificatif d'illuminés, car j'ai vu mon père, j'ai vu Ozanam, j'ai vu Viollet, j'ai vu Frédault, et le Dr Jousset lui-même, prescrire quelquefois les 200e dilutions, j'en ai fait moi-même usage, et avec succès, autant qu'on peut être sûr d'un succès en thérapeutique. J'ajoute que ceux dont je parle, ainsi que moi, se sont servis exceptionnellement de ces doses, si difficiles à préparer et dont l'action semble se concentrer sur un seul symptôme, mais je ne saurais condamner les médecins qui jugent opportun et judicieux de les em-

ployer. Quant aux 1000e, 100000e dilutions, je les abandonne aux foudres de mon cher Maître.

Il est une citation de l'*Organon* que le Dr Jousset reproduit, et qui, d'après moi, renverserait toute la pharmacopée homœopathique, s'il ne fallait pas y voir une de ces exagérations qu'il faut savoir pardonner au génie. Hahnemann, en effet, dit ceci : « Me fondant sur des expériences « multipliées et des observations exactes, *et voulant fixer « un terme au développement de la vertu des médicaments « liquides, je ne donne que deux secousses à chaque flacon, « au lieu qu'autrefois j'en imprimai davantage, ce qui dé- « veloppait trop la puissance des remèdes.* Il y a des ho- « mœopathes qui transportent dans leurs visites, des mé- « dicaments liquides et qui prétendent que leurs vertus « n'acquièrent pas par là d'exaltation. Soutenir une pa- « reille thèse, c'est prouver qu'on ne possède pas un es- « prit rigoureux d'observation. *J'ai dissous un grain de « natron dans une demi-once d'eau mêlée avec un peu d'al- « cool, et pendant une demi-heure, j'ai secoué sans inter- « ruption le flacon rempli aux deux tiers, j'ai trouvé en- « suite que ce médicament égalait la trentième puissance « en énergie.* »

M. Jousset dit qu'il ne peut citer une telle affirmation sans éprouver un sentiment de confusion. Mais, sans se laisser aller à des regrets sentimentaux, il a répété l'expérience de Hahnemann, et il s'est assuré que le liquide, après avoir été secoué pendant une demi-heure, présentait les mêmes réactions chimiques qu'avant cette opération, et que, par conséquent, il n'avait pas le caractère propre à toute 30e dilution qui consiste à ne présenter aucune réaction chimique.

On pourrait discuter sur le bien-fondé de la conclusion

de l'auteur. Il se pourrait en effet que la solution, tout en gardant ses propriétés chimiques, ait pu en acquérir de nouvelles. Mais ce que je veux dire, et ce qui ruinerait toute la pharmacopée homœopathique si l'assertion de Hahnemann était vraie, c'est qu'il deviendrait absolument inutile de se livrer à la préparation minutieuse, absorbante, délicate, de nos dilutions, telles qu'il nous a enseigné à les confectionner. Puisqu'une demi-heure de succussion équivaut à une trentième, probablement un quart d'heure nous donnerait la quinzième. Cinq à six minutes pour agiter un flacon et nous obtenons vraisemblablement la sixième. Dès lors, plus de dilution successive, plus de préparation centésimale ou décimale ; un vigoureux gaillard, doué de biceps infatigables, c'est tout ce dont un pharmacien homœopathe devra se munir. Et voilà, démontrée par l'absurde, la prodigieuse erreur de Hahnemann.

Ce qui, encore une fois, ne m'empêche pas de le considérer comme mon Maître, mais non un Maître infaillible. Hippocrate a commis des erreurs, il le reconnaît dans son magistral précepte *Experientia fallax judicium difficile*. Et pourtant les médecins, depuis deux mille quatre cents ans, prononcent avec respect et vénération le nom du fils des Asclépiades. Les ouvrages des grands maîtres cités plus haut, Stahl, van Helmont, Baglivi, Boerrhaave, je ne parle pas de Paracelse qui fut un charlatan glorieux, ces ouvrages, dis-je, sont remplis de monstrueuses erreurs. Personne pourtant ne songerait à les sortir du Panthéon médical où leur place est légitime et glorieuse. Et, plus près de nous, les théories de Broussais, les ouvrages de Trousseau, les cliniques de Graves, ne pourraient être acceptés sans une juste et sévère revision. Est-ce un motif pour ne pas garder dans nos cœurs la reconnaissance

qu'on doit à des maîtres si éminents. Et Hahnemann seul serait intangible et infaillible ! Non, nous ne pourrons jamais accepter cette abdication du jugement et de l'expérience de quelques disciples fanatiques, inconscients ou trop habiles, et nous nous joignons à ces milliers de médecins, qui font plus d'honneur à leur Maître en applaudissant et proclamant ses immortels travaux, en s'assimilant les vérités de ses enseignements, tout en faisant la part de ses erreurs, qu'ils excusent sans les admettre.

Réunissons donc tous nos efforts pour faire obtenir à l'homœopathie la place qu'elle mérite en médecine, et pour cela, ne décourageons pas les bonnes volontés d'un grand nombre de nos confrères officiels, et non des moindres, qui, de plus en plus, sont disposés à une fusion désirable pour tous.

Dr J. P. Tessier.

NÉCROLOGIE

Le docteur Collet, de l'ordre des Dominicains.

Nous sommes un peu en retard pour annoncer aux lecteurs de l'*Art médical*, la mort de ce vénérable et savant confrère mort en exil après une longue carrière toute consacrée au bien, à l'apostolat, et à la propagation de notre doctrine.

J'ai connu le R. P. Collet en 1880, il y a bientôt trente ans. Il revenait de Mossoul ou pendant de longues années, à la suite et sur les conseils du R. P. Besson, ami et élève de mon père, il avait pratiqué la médecine et fit bénéficier de notre méthode les milliers d'Asiatiques

qui avaient eu recours à sa science et à sa charité. Docteur en médecine, avant d'entrer dans les ordres, le Père Collet avait adopté la thérapeutique hahnemanienne dont il fut toujours un adepte fervent et convaincu. En Orient, il aiguilla vers l'isopathie sa pratique médicale, et administra pendant de longues années, avec un succès incontestable, les médicaments préparés avec les humeurs des malades. Il recueillait la salive du patient, la diluait suivant nos méthodes, et la lui administrait à la 3e, à la 6e, à la 30e dilution, suivant les maladies et les indications qu'il tirait de sa longue expérience.

Le léger travers que je me permis bien souvent de lui reprocher respectueusement, c'est d'avoir voulu baptiser sa méthode du nom d'*idiopathie*, alors qu'elle ressortissait incontestablement de ce que nous appelons l'*isopathie*. Nous avons bien assez de vocables, sans en chercher de nouveaux.

Quoi qu'il en soit, le R. P. Collet avait rapporté de son long séjour en Orient de nombreuses observations et des recherches personnelles très intéressantes. Malheureusement, ses supérieurs ne pouvaient faire les frais de la publication, toujours fort onéreuse, d'un gros volume, qui ne s'adressait qu'à un public relativement restreint.

J'eus le bonheur, avec l'assentiment du R. P. Monsabré, son supérieur et son ami, de trouver une personne qui voulut bien faire les frais de l'édition, et le R. P. Collet eut la joie de voir ses travaux publiés et appréciés par l'Ecole homœopathique tout entière. Sans doute, sa thérapeutique ne saurait en rien amoindrir notre pratique basée sur une expérimentation et une expérience consacrées par quatre générations de médecins, parmi lesquels, un grand nombre furent des savants et des cliniciens de pre-

mier ordre. Mais enfin le R. P. Collet a contribué pour sa part à l'amélioration de notre thérapeutique, et c'est d'un cœur ému et reconnaissant que je lui adresse le suprême adieu.

Dr J.-P. TESSIER.

VARIETES

ETAT DE L'HOMŒOPATHIE AUX ETATS-UNIS.

Il existe à l'heure actuelle :

204 Sociétés et Unions homœopathiques,

55 Hôpitaux généraux homœopathiques,

32 Hôpitaux où l'homœopathie et l'allopathie sont pratiquées.

46 Hôpitaux spéciaux et privés homœopathiques,

49 Sanatoria homœopathiques,

4 Sanatoria où l'homœopathie et l'allopathie sont admises,

44 Instituts avec traitement homœopathique,

9 Instituts avec traitement homœopathique et allopathique,

50 Polycliniques homœopathiques,

18 Universités ou Collèges homœopathiques,

20 Journaux homœopathiques.

(*Leipziger pop. Zeitschrift für Homoop.*, juillet 1909.)

Le Propriétaire-Gérant: Dr P. JOUSSET.

Typographie A. DAVY, 52, rue Madame. Paris — [illegible]

L'ART MEDICAL

SEPTEMBRE 1909

MEDECINE PRATIQUE

De l'incontinence urinaire et fécale essentielles.

Nous décrirons sous le nom d'incontinence urinaire et fécale essentielles, une maladie caractérisée par l'évacuation involontaire soit des urines, soit des selles, soit de l'une et l'autre à la fois.

Nous donnons à cette incontinence le nom d'essentielle pour la distinguer de l'évacuation involontaire des urines et des selles survenant comme symptôme d'une autre maladie. Ainsi, toutes les lésions de la moelle épinière qui siègent dans le renflement lombaire déterminent des paralysies caractérisées tantôt par la rétention, tantôt par l'évacuation involontaire des urines et des matières fécales. Mais c'est principalement dans l'ataxie locomotrice qu'on observe des incontinences d'urine et de matières fécales qui présentent la plus grande analogie avec l'incontinence essentielle. Cette ressemblance entre les symptômes de l'incontinence essentielle avec ceux qu'on observe dans l'ataxie locomotrice constitue une présomption en faveur de la pathogénie qui place le point de départ de l'inconti-

nence dans la maladie essentielle comme dans l'affection symptomatique dans une perturbation des fonctions de la portion lombaire de la moelle épinière.

La maladie peut être complète, et dans ces cas, l'incontinence des matières fécales accompagne l'incontinence des urines. Très souvent, l'incontinence des urines existe seule. Très rarement, au contraire, c'est l'insuffisance fécale qui constitue tout le tableau morbide.

La clinique a isolé plusieurs formes de cette maladie. L'incontinence nocturne bornée habituellement à l'incontinence urinaire et ne présentant que fort exceptionnellement l'insuffisance fécale constitue la forme bénigne de cette maladie. Dans une seconde forme, l'insuffisance fécale accompagne constamment l'insuffisance urinaire ; enfin, dans une troisième forme, nous trouvons des malades chez lesquels l'insuffisance fécale domine et dont les accès sont généralement assez éloignés, mais persistent habituellement toute la vie.

I. *Incontinence urinaire nocturne de l'enfance.* — C'est la forme de beaucoup la plus commune et la plus connue. Elle débute, le plus souvent, entre 7 et 8 ans, pendant la seconde dentition. Sa fréquence est égale dans les deux sexes; souvent les parents attribuent les débuts de la maladie à une peur. C'est par excellence, une maladie familiale, et il est fréquent d'observer dans une même famille des frères et des sœurs, des cousins et des cousines présentant la même affection. Parmi les ascendants, on rencontre quelquefois un certain nombre de cas de malades guéris depuis longtemps de cette maladie, et quand les circonstances le permettent, l'étude des cas pathologiques chez les ascendants et collatéraux permet de reconnaître

un certain nombre de cas d'incontinence fécale survenant, le plus souvent, par accès très éloignés et très rares.

C'est toujours dans la période la plus profonde du sommeil que se produit l'accident. Chez quelques enfants, c'est dans le premier sommeil; mais pour la plupart, c'est au contraire vers la fin de la nuit que se produit l'incontinence. Chez certains enfants, l'accident est unique; chez d'autres, il se renouvelle deux ou trois fois par nuit ; en outre, quelques malades présentent une espèce d'incontinence pendant le jour; le plus souvent, cette incontinence diurne diffère de celle de la nuit parce qu'elle est due à un besoin impérieux et qui se termine par un accident quand l'enfant trop abstrait par ses jeux ou par ses études tarde à satisfaire ce besoin.

Le plus souvent, cette maladie guérit spontanément à l'époque de la puberté. Cependant il n'est pas rare de rencontrer des malades chez lesquels cette infirmité persiste même après le mariage et après l'accouchement.

La guérison peut être subite et survenir à propos d'une émotion ou dans le cours d'une maladie accidentelle;mais le plus souvent, elle est graduelle; l'incontinence cesse pendant quelques jours ou quelques semaines, puis reparaît et finit par disparaître complètement après plusieurs rechutes.

II. *Incontinence nocturne d'urine, associée à l'incontinence fécale.* — Cette forme moins connue que celle que nous venons de décrire, se rencontre encore assez souvent, et elle est caractérisée par une incontinence simultanée pendant le sommeil des selles et des urines.

Chez ces malades, l'incontinence des matières fécales se produit quelquefois pendant le jour, tantôt à propos de la

miction; d'autres fois, l'incontinence fécale détermine l'incontinence urinaire.

III. *Insuffisance fécale isolée.* — Une insuffisance fécale isolée se produit plus souvent dans l'état de veille que dans l'état de sommeil. Elle existe souvent comme une suite des formes précédentes, l'incontinence urinaire ayant disparu. D'autres fois, on observe des malades qui, pendant toute leur vie, sont sujets à des évacuations fécales précipitées et involontaires de selles solides; cet accident se produit, le plus souvent, dans l'état de veille, à périodes plus ou moins éloignées; il peut succéder à une des formes précédentes; mais, le plus souvent, cette incontinence des matières fécales durant l'état de veille se rattache à une influence familiale qui, chez des ascendants ou des collatéraux, ou des descendants, reproduit la forme complète de la maladie.

Pathogénie. — Nous serons très courts sur ce point; en général, les auteurs cherchent dans l'état de la vessie et de l'urèthre, l'explication des symptômes présentés dans l'incontinence nocturne de l'urine. Pour les uns, c'est une hyperexcitabilité de la membrane muqueuse ou de la membrane musculaire de la vessie. Pour d'autres, c'est l'insuffisance des sphincters. Ces explications ne tiennent pas debout, et l'histoire des troubles de la miction et de la défécation dans l'ataxie locomotrice démontre surabondamment que cette miction et cette défécation ont un caractère convulsif, qu'ils caractérisent l'incontinence diurne et nocturne, à son point de départ dans le centre lombaire de la moelle épinière, qui préside à la miction et à la défécation.

Traitement. — Nous laisserons de côté les traitements externes qu'en désespoir de cause on a conseillés pour guérir cette maladie, les ressources de notre thérapeutique nous ayant toujours suffi.

La *Belladone*, la *Pulsatile*, l'*Arnica*, le *Causticum*, le *Cina*, le *Calcarea carbonica* et la *Silice* seront les médicaments habituels dans le traitement de cette maladie.

La Belladone est indiquée par l'incontinence nocturne d'urine et aussi par l'incontinence fécale; mais elle ne convient que lorsque pendant le jour, il existe une émission fréquente d'une urine pâle et abondante.

La *Belladone* est employée par les allopathes; le grand plagiaire qu'était Bretonneau, après avoir pris la diothiénentérie à Broussais et la diphtérie à Samuel Bar, pouvait bien se permettre de voler à Hahnemann et aux homœopathes l'usage de la *Belladone* dans le traitement de l'incontinence nocturne de l'urine. Trousseau commençait par 1 centigramme d'extrait et, suivant la routine allopathique augmentait graduellement les doses jusqu'à ce qu'il eût obtenu une guérison ou un insuccès définitif. Nous commençons souvent par une dose pondérable: quelques gouttes de teinture-mère. Mais il nous est arrivé très souvent de réussir avec la 30e dilution après l'échec des fortes doses.

Pulsatilla est un médicament qui compte beaucoup de succès; l'indication est tirée d'urines claires et abondantes pendant le jour; mais ce qui caractérise l'indication de la *Pulsatile*, c'est que les besoins sont fréquents, subits et irrésistables pendant le jour. Ce ténesme subit et résistable produit quelquefois, surtout chez les enfants, une incontinence diurne. On a dit que *Pulsatilla* convenait mieux que *Belladone* chez les petites filles. La *Pulsatile* adminis-

trée dans le cours d'un rhume a produit quelquefois chez des femmes et accidentellement une incontinence nocturne d'urine fort désagréable. Nous donnons habituellement la 6e dilution; mais nous avons obtenu des guérisons définitive avec la 30e dilution après l'échec des doses pondérables.

Arnica: ce médicament n'est point habituellement employé dans le traitement de l'incontinence nocturne des urines; mais il est tellement bien indiqué par sa pathogénie, que je n'hésite pas à le recommander: ainsi, les selles et les urines involontaires pendant la nuit et quelquefois le jour, de même les mictions involontaires des urines la nuit et le jour se retrouvent dans la pathogénie de ce médicament. Comme la *Belladone*, il produit souvent des urines aqueuses et abondantes, mais il produit aussi un ténesme urinaire extrêmement marqué.

Doses: comme pour la pulsatile.

Cina a souvent réussi chez les enfants, quand il existait des symptômes vermineux. L'incontinence diurne est aussi une indication de ce médicament; les urines sont copieuses, mais elles se troublent souvent par le refroidissement. Les doses qui ont le mieux réussi, c'est de la 3e à la 6e dilution.

Causticum: analogue à la pulsatile, a souvent guéri l'incontinence nocturne d'urine, surtout dans les cas où, pendant le jour, il existe une sorte d'insensibilité du canal de l'urèthre, qui fait que le malade ne se rend pas compte s'il a fini ou non d'uriner. La 6e dilution est actuellement employée.

Silicea, 30e dilution complètera quelquefois l'action de *Pulsatile*.

Acidum benzoïcum est indiqué par les urines foncées

et fortement odorantes, deux symptômes fort rares dans cette maladie.

Sœpia est indiqué surtout par la coïncidence de la leucorrhée. D'après les médecins américains, *Verbascum* aurait amené la guérison dans des cas très rebelles.

En général, j'ai prescrit le médicament pendant six jours deux fois par jour, avec un repos également de six jours après la fin de la potion; si l'incontinence ne reparaît pas, j'attends son retour pour recommencer le même médicament.

Dans le cas contraire, je modifie les doses du médicament, et c'est lorsqu'il reste sans efforts à toutes les doses que j'en choisis un autre.

Dr P. JOUSSET.

MATIERE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE

SPONGIA.
(Eponge.)

(*Suite*).

Appareil de la respiration. — Coryza fluent, coryza sec. Catarrhe laryngé : ardeur ; enrouement, sécheresse et constriction du larynx, voix rauque, puis aphone. Brûlement et sensibilité du larynx, au toucher. Larynx comme obstrué par un tampon.

Toux sèche, creuse, sibilante, continue nuit et jour, avec douleur cuisante et déchirante au larynx et dans la trachée, chaleur et sentiment de resserrement à la poi-

trine. Quand la toux ne provient pas du larynx, elle semble venir d'un point profond dans le thorax, où l'on ressent comme une écorchure très pénible. Toux provoquée ou aggravée par l'action de manger ou de boire. Expectoration claire et parcimonieuse. Tussiculation continuelle détachant des mucosités jaunâtres de la trachée, avec douleur aux bronches et dans le thorax. Asthme, respiration difficile comme si le larynx était obstrué et que son rétrécissement empêchât l'air de passer. Respiration lente et profonde, avec accablement général. Réveil subit, la nuit, par un sentiment de suffocation. Elancements aigus et brusques, dans la poitrine, dans le dos, souvent dans le côté gauche, par inspirations profondes.

Gonflement du corps thyroïde, plus marqué à chaque respiration. Le goître existant devient douloureux par intervalles: battements et tiraillements dans le cou.

Appareil de la circulation. — Accès de pression, de chaleur et de douleur à la région du cœur. Anxiété et pleurs avec désir de la mort. Palpitations cardiaques et accélération du pouls, augmentées par le mouvement, avec suffocation et respiration très pénible. Pouls plein, dur et fréquent.

Appareil génito-urinaire. — Augmentation de la sécrétion urinaire. Emissions fréquentes avec urine parcimonieuse. Tension et douleur au col de la vessie. Jet grêle. Urine foncée, écumeuse, avec sédiment épais, bleu-grisâtre (polakiurie).

Chez l'homme, contractions spasmodiques dans les testicules. Douleur très aiguë, spontanée et au toucher dans les testicules; les élancements déchirants se propagent le long du cordon. Gonflement des testicules et du cordon. Démangeaisons voluptueuses au bout du gland, forçant à

se frotter. Chaleur dans les parties génitales, scrotum, testicules et cordon. Absence d'érection.

Chez la femme. Règles en avance et trop abondantes. Avant les règles, lumbago; puis palpitations cardiaques toute la journée. Pendant les règles, douleur tractives dans les cuisses et les jambes. Tuméfaction et induration des ovaires.

Fièvre. — Sensation de froid au visage. Accès répétés de chaleur à la face, accompagnés d'excitation nerveuse. *Fièvre vespérale :* chaleur vive, précédée ou non de frisson, débutant par la céphalalgie occipitale, avec soif, anxiété, subdélirium. La fièvre est un effet précoce du médicament; elle peut éclater brusquement, après une demi-heure.

Accès de défaillance, après des mouvements fébrilés, même peu énergiques.

Dans une première forme: face rouge et chaleur ardente par tout le corps. Stase veineuse, arrêt de la respiration. Dans une seconde forme: visage pâle, anxiété, respiration courte et bruyante, palpitations violentes, paupières fermées spasmodiquement, larmes abondantes, connaissance conservée, mais impuissance de la volonté à mouvoir les membres.

III. — Thérapeutique.

La sphère d'action de ce médicament est d'autant plus nette, qu'elle est plus limitée: organes de la respiration, de la circulation et système glandulaire, sont ses principaux tributaires. Il serait cependant erroné de confondre ses symptômes avec ceux de l'iode, dont ils diffèrent par l'absence des principaux traits de la cachexie iodique, par

le degré et les détails précis de quelques effets physiologiques et par le sens de certains phénomènes se rapportant à la menstruation. D'ailleurs, les symptômes iodiques sont généralement très lents à se produire, alors que ceux de l'éponge sont d'invasion très rapide, et cela se comprend en raison des éléments actifs divers qui entrent dans la composition de *Spongia*. En outre, ce médicament convient plutôt aux sujets blonds à yeux bleus, sur lesquels il n'a cependant pas, comme l'iode, la propriété de provoquer des exsudats plastiques ou fibrineux, tandis que l'iode s'adapte plus spécialement aux sujets bruns.

La sécheresse des muqueuses est une des principales caractéristiques de *Spongia*, et son action sur les affections du cœur est tout à fait remarquable. Il est antidoté par *Camphora*.

IV. — Clinique.

Adénite: glandes indurées et hypertrophiées (action analogues aux halogènes).

Orchite aiguë ou chronique, surtout dans les cas mal soignés, ou après blennorrhagie comprimée; il existe, dans le testicule ou dans le cordon spermatodique, une douleur spéciale d'écrasement, aggravée par le mouvement du corps ou par le contact avec les vêtements.

Névralgie testiculaire;

Goître. — Tumeur dure et étendue; l'un ou l'autre côté est tuméfié, parfois les deux et souvent le menton est intéressé. Accès de suffocation nocturnes. « Cette suffocation, remarque Farrington, ne tient pas exclusivement aux dimensions de la tumeur, attendu que, très souvent, des goîtres de petite dimension, provoquent cette suffocation.

Je voudrais également, ajoute-t-il, appeler votre attention sur cette particularité, que les goîtres modifient leurs dimensions en divers temps. On prétend qu'ils suivent le mouvement lunaire, et l'on a, par conséquent, conseillé de prescrire le médicament par la lune décroissante. On favorisera ainsi la diminution rapide du goître. » « Richard Hughes dit avoir guéri, lui-même, par la 30e dilution, un cas qui avait résisté à des doses pondérables d'iode. Le Dr P. Jousset, qui a souvent essayé les deux médicaments sur le même sujet, insiste ensuite exclusivement sur celui qui agit le mieux: preuve nouvelle que leur action n'est pas identique. » (Piedvache.).

Laryngite aiguë (après *Aconitum*): toux rauque et aboyante, avec accès de suffocation pendant le sommeil, qui réveillent le patient et se renouvellent dès qu'il tourne la tête. Le larynx est excessivement sensible au toucher,et il existe une sensation d'obstruction comme par un tampon. Enrouement, puis aphonie.

Laryngite striduleuse: toux semblable au cri du coq (Chargé).

Croup, avec fièvre modérée, toux creuse et sèche, enrouée ou sibilante, analogue au chant du coq. Indiqué surtout chez les enfants à yeux bleus, à coloration pâle de la face, et lorsqu'il y a aggravation de la maladie avant minuit; pas ou peu d'expectoration, et réveil brusque avec menace de suffocation.

Phtisie laryngée: sentiment de sécheresse au larynx, qui est douloureux au toucher; voix rauque ou aphone; toux sèche, convulsive, plus fréquente la nuit; tussiculation continuelle, détachant, à grand'peine, quelques petits crachats jaunâtres.

Phtisie pulmonaire (tuberculose). Surtout au début du

stade d'induration : sommets mats à la percussion ; toux dure, sonore, métallique, provoquée par la respiration profonde ou la parole, par le vent sec ou froid.

Coqueluche avec salivation;

Angine de poitrine;

Anévrysme de l'aorte, avec toux sèche par accès, aggravée quand le sujet est couché;

Cœur (affection valvulaire): le malade ne peut être couché sur le dos, la tête basse, sans qu'il se produise un accès de suffocation;il est assis dans son lit,l'aspect anxieux, la face rouge, la respiration rapide et difficile ; bruit vésiculaire très net, au-dessus de l'une ou l'autre valvule. Réveil fréquent avec crainte de suffocation. Surtout indiqué après *Aconitum*. L'action de *Spongia* est indiquée quand l'exsudation a commencé; si elle n'a pas raison du dépôt, du moins elle arrête les progrès de la maladie (Farrington), Nash caractérise ainsi ses indications: « Réveil avec sensation de suffocation, avec violente et forte toux, grande alarme, agitation, anxiété et difficulté de respirer. »

Hypertrophie du cœur;

Péricardite, *péritonite*, *pleurésie* avec ou sans épanchement (Teste);

Goître exophtalmique;

Lypothimie (accès de défaillance par le moindre mouvement);

Manie aiguë: joie, chants, etc.

V. — Mode d'emploi et doses.

Le médicament se prépare de la façon suivante: choisir des éponges de moyenne grosseur, les battre de ma-

nière à faire sortir tout le sable qu'elles contiennent, les couper en petits morceaux que l'on mettra dans un brûloir à café n'ayant jamais servi, et les faire griller, jusqu'à ce qu'ils aient acquis une couleur brune, et qu'ils se laissent facilement réduire en poudre. Hahnemann, qui le premier expérimenta l'éponge et y avait reconnu la présence de l'iode, démontra que l'éponge ne devait être grillée que jusqu'au point nécessaire pour qu'elle devînt facile à pulvériser.

Avec la poudre ainsi obtenue, on prépare une teinture-mère au moyen de l'alcool à 90°. Triturations avec cette même poudre, au sucre de lait, d'après les procédés habituels.

L'Ecole homœopathique utilise généralement les 2e et 3e triturations centésimales, dans les affections laryngées et cardiaques. Pour le goître, on est parfois obligé de parcourir toute l'échelle posologique, les hautes dilutions s'étant souvent montrées plus efficaces.

L'Ecole allopathique n'emploie pas l'éponge dans la médication interne. Elle s'en servait autrefois, en chirurgie; mais depuis, les progrès de l'antisepsie, l'éponge a été abandonnée. De même, en va-t-il pour l'*éponge préparée*, à laquelle on préfère actuellement, les tiges de *Laminaria digitata.*

Badiaga fluviatilis
(Eponge des marais.)

Bibliographie.

T. F. Allen. *A Handbook of Materia medica.* Philadelphie, 1889.

F. Cartier. *The universal homœopathie Annual.* Paris, 1895.

J.-H. CLARKE. *A Dictionary of pratical Materia medica.* Londres, 1900.

FARRINGTON. *A clinical Materia medica.* Philadelphie, 1887.

E. HALE. *New Remedies.* New-York et Philadelphie, 1875.

W. SCHWABE. *Pharmacopœa homœopathica polyglotta.* Leipzig. 1880.

G. SIEFFERT. *Formulaire de Thérapeutique positive,* Paris et Leipzig, 1898.

I. — GÉNÉRALITÉS.

L'éponge fluviale, de l'ordre des Radiés, se rencontre communément dans les rivières, notamment en Russie, où elle est un remède populaire.

II. — PATHOGÉNÉSIE.

Symptômes généraux.—Douleurs partout dans les muscles et téguments du corps; muscles douloureux, même au toucher par les vêtements, comme s'ils avaient été contusionnés.

Moral.— Palpitations cardiaques, après émotions agréables. Malgré la céphalalgie, l'intelligence est nette et encline à l'activité cérébrale.

Sommeil. — Réveil par rêves effrayants et vives douleurs crampoïdes dans les métatarsiens des deux pieds. Nuit agitée; le sujet ne peut pas rester longtemps couché dans la même position, en raison de l'endolorissement des muscles et de tout le corps.

Palpitations, la nuit, en se couchant sur le côté droit. Céphalalgie soulagée par le sommeil.

Tête. — Sensation obtuse, vertige. Congestion frontale.

Céphalalgie, de 2 heures après-midi à 7 heures du matin, avec légère douleur dans la partie postérieure des

globes oculaires et aux tempes. Douleur plus grande dans le globe gauche. Céphalalgie, aggravée par mouvement des yeux, avec yeux enflammés; très accentuée au sommet de la tête; soulagée la nuit par sommeil et le matin au réveil;. revenant avec violence après déjeuner, et persistant pendant quelques jours.

Crasse excessive, sèche, d'apparence dartreuse, à la tête et au front, et au cuir chevelu, avec sensation de vertige. Cheveux secs. Cuir chevelu douloureux au toucher.

Yeux. — Légères douleurs intermittentes dans la partie postérieure des globes oculaires et aux tempes, s'étendant à gauche, au front et au-dessus de la tête.

Inflammation des yeux. Tiraillements dans la paupière supérieure gauche. Inflammation scrofuleuse des yeux, avec induration des glandes de Meibomius. Bords des paupières bleu-pourpre et yeux cernés par en bas.

Oreilles. — Légers chocs, perçus dans l'oreille, comme par artillerie lointaine.

Nez. — Coryza profus, surtout par la narine gauche, avec éternuements. Toux; démangeaisons à l'aile gauche du nez.

Face. — Eruption dartreuse au front. Coloration pâle, cendrée, ou plombée de la face. Raideur des articulations maxillaires. Joue et os malaire gauches douloureux au toucher.

Bouche et gorge. — Bouche chaude et sèche, avec grande soif.

Sensation à la bouche et à la langue comme si elles étaient échaudées. Gorge enflammée et douloureuse, particulièrement pendant la déglutition; amygdales rouges et enflammées.

Expectoration d'une masse visqueuse, solide ou sanguinolente, le matin.

Organes de la digestion. — Pression à l'épigastre, nausées et borborygmes. Vives douleurs lancinantes au creux de l'estomac, s'irradiant aux vertèbres opposées et à l'épaule droite, parfois au côté droit, avec point pleurodynique.

Douleur lancinante avec mouvement limité à la région hépatique. Constipation. Hémorrhoïdes. Catarrhe intestinal.

Glandes inguinales indurées.

Organes de la respiration. — Haleine chaude et fiévreuse. Parfois violents accès de toux spasmodique, avec expectoration de mucus visqueux, provenant des bronches et poussé violemment jusqu'à la bouche.

Douleur pleurétique, aggravée par grande inspiration. Vives douleurs au-dessus de la clavicule droite. Points de côté à droite. Le sujet étant couché et commençant à s'endormir, éprouve des accès de suffocation, par suspension de la respiration, et change de position dans le lit pour obvier à cet inconvénient.

Cœur. — Palpitations vibrantes et tremblantes, même lorsque le sujet est assis ou couché, à la suite d'une émotion morale. Palpitations violentes, ressenties et entendues, quand le malade est couché, s'étendant de la poitrine à la nuque, à la moindre idée, à la moindre émotion.

Organes urinaires. — Vive douleur dans le rein droit. Douleurs lancinantes au méat. Urines fortes en couleur et rougeâtres.

Organes sexuels féminins. — Métrorrhagie augmentée la nuit, avec sensation de tête agrandie.

Peau et glandes. — Démangeaisons au cuir chevelu.

Peau et muscles sensibles au toucher. Glandes tuméfiées et indurées.

Nuque et dos. — Nuque raide et endolorie, avec élancements à la partie postérieure, aggravés en inclinant la tête en avant et en arrière. Tiraillements douloureux à gauche de l'épine dorsale, en bas de l'omoplate.

Douleurs lancinantes à droite, en arrière, au scapulum, aggravées en portant les épaules en arrière et la poitrine en avant.

Douleurs au bas du dos, dans les hanches et aux membres inférieurs.

Douleurs en avant, dans la partie supérieure de l'épaule droite, puis dans l'épaule et le bras gauches.

Membres. — Paumes des mains chaudes, sèches et brunâtres. Douleurs intermittentes dans le tiers postéro-inférieur du mollet droit, avec sensation douloureuse de contracture, de lourdeur, de brisure dans les muscles antérieurs du tiers inférieur du mollet droit, aggravées par la flexion du pied en montant les escaliers, quand les orteils ont tendance a se recourber vers en bas, comme si le pied était engourdi.

Fièvre. — Haleine et bouche chaudes. Chaleur et sécheresse aux paumes des mains.

III. — Thérapeutique.

Peau, muscles et surtout ganglions lymphatiques sont dans la sphère d'action de ce médicament. Les fonctions du cœur sont également intéressées. Nous avons un excellent médicament de certaines affections scrofuleuses avec *Badiaga.*

Ses principales caractéristiques sont: inflammation scro-

fuleuse des yeux, plus prononcée la nuit, après une heure de sommeil, ou le matin; ophtalmie scrofuleuse, avec chaleur et agglutination des paupières par les glandes de Meibomius et douleur à la tête; éruption sèche du cuir chevelu avec démangeaison; catarrhe nasal avec épanchement corrosif et obstruction, de temps à autre, d'une narine; inflammation et douleur à la gorge, particulièrement en avalant, et raideur de la nuque; toux spasmodique peu après par chatouillement aux bronches, avec copieuses mucosités; douleurs dans la partie supérieure du thorax; pleurésie avec douleurs lancinantes, en toussant.

IV. — Clinique.

Glandes inguinales tuméfiées; ganglions tuméfiés, au côté gauche de la face, de la gorge et de la nuque, tantôt indurés, tantôt suppurés.

Bubons avec fluctuation (6 gouttes de teinture-mère, par jour).

Bubons, avec irritation du tissu cellulaire. Si la suppuration n'a pas commencé, le mal disparaît complètement en trois jours (1 goutte de teinture-mère, toutes les trois ou quatre heures).

Bubon syphilitique induré, à bords raboteux, avec violents élancements la nuit, comme par aiguilles rougies au feu.

Tuméfaction et induration du tissu cellulaire.

Scrofule (ophtalmies, adénites, engelures, hémorrhoïdes).

Douleurs osseuses, au tibia.

Pleurésie avec douleurs lancinantes provoquées par la toux.

Palpitations cardiaques, suite d'émotion.

Névralgies intermittentes du globe oculaire droit, s'irradiant au front et aux tempes.

Fièvre des foins (éternuement, écoulement aqueux et respiration asthmatique).

Toux spasmodique (expectoration de mucus épais, chassé avec grande violence).

Métrorrhagie augmentant la nuit.

V. — Mode d'administration et doses.

Badiaga n'est pas employé par l'Ecole allothérapique.

L'Ecole homœothérapique prépare une teinture-mère avec l'éponge desséchée et pulvérisée, et utilise cette préparation ainsi que les trois premières atténuations.

Medusa.

(Méduse)

Bibliographie.

J.-H. Clarke. *A Dictionary of pratical Materia medica*. Londres, 1900.

Farrington. *A clinical Materia medica*. Philadelphie, 1887.

R. Kobert. *Lehrbuch der Intoxicationen*. Stuttgart, 1906.

W. Schwabe. *Pharmacopœa homœopathica polyglotta*. Leipzig, 1880.

S. Zervos. *Semaine médicale*, 1903.

I. — Généralités.

La méduse est un animal radié, nageant librement dans les mers.

II. — Action toxique.

La méduse possède, dans ses tentacules, des capsules urticantes déversant un venin qui produit sur l'homme une sensation analogue à celle du frottement par les orties. Cet effet consiste simplement en une irritation locale ; mais indépendamment de ce venin, il a été constaté la présence d'une substance toxique à action centrale, désignée sous le nom d'*hypnotoxine*, absorbable par la peau de l'homme et qui serait capable de provoquer de la pneumonie. Zervos a décrit une forme morbide due à l'action toxique d'une actinie ; le venin sécrété par cet animal provoque lorsqu'il arrive en contact avec la peau de l'homme, de la démangeaison, des nodosités, parfois de la gangrène et des abcès multiples.

III. — Pathogénésie.

Moral. Extrême anxiété avec difficulté de la parole.

Yeux. Bouffis et œdématiés.

Face. Nez, oreilles et yeux bouffis et œdématiés.

Organes urinaires. Retour de la sécrétion urinaire qui avait été interrompue pendant douze jours.

Organes sezuels féminins. Retour de la sécrétion lactée chez une femme, trois ans après la naissance de son dernier enfant ; cette femme avait eu douze enfants, et n'en avait nourri aucun, faute de lait.

Peau. Desquamation. Brûlement immédiatement après contact ; après 5 minutes, légère rougeur, puis accumulations lenticulaires. Eruption vésiculaire. Chaleur piquante, engourdissement et brûlement de la peau, à la face, aux bras, aux épaules et aux seins.

IV. — Thérapeutique et clinique.

Peau, glandes rénale et mammaire sont les principales sphères d'action de ce médicament, qui s'est montré utile dans les *anomalies de la lactation, l'urticaire et l'anurie.*

V. — Mode d'emploi et doses.

Teinture préparée avec l'animal vivant. Emploi : basses dilutions.

D[r] G. Sieffert.

Sous-nitrate de bismuth.

XX. Lesieur et Rome (*Société médicale des hôpitaux*, 5 mars 1909. (1). — Femme de quarante-deux ans entrée à l'hôpital pour des symptômes gastro-intestinaux ; crise de diarrhée avec coliques, et vomissements ; amaigrissement ; teinte jaune paille ; vomissements presque quotidiens, trois ou quatre heures après le repas, précédés de douleurs très vives, en broche ; quelquefois avec un peu de sang. Examen radioscopique. Mort quelques jours après. Péritonite adhésive avec communications entre différentes anses de l'intestin grêle.

L'examen radioscopique fut fait le 28 décembre, après ingestion d'une bouillie renfermant 50 grammes de sous-nitrate de bismuth.

La malade fut alors examinée radioscopiquement, puis

(1) La première partie de cet article a paru dans le numéro de mai.

revint immédiatement dans la salle. A ce moment, elle ne présentait rien d'anormal. Elle descendit même dans une salle voisine, pour voir une de ses compagnes. C'est pendant cette visite, vers 1 h. 1/2, quatre heures par conséquent après l'ingestion bismuthée, que les accidents commencèrent à se manifester. Subitement, la malade fut prise de vertiges, de nausées, puis d'un malaise profond, avec sensation de froid et douleurs abdominales violentes. Elle revint alors dans la salle et dut se mettre immédiatement au lit. Elle était en proie à un grand frisson, avec trismus, et présentait une teinte cyanique des plus prononcées; les lèvres, le nez et les ongles étaient absolument noirs, tout le corps bleu violacé. On tenta immédiatement de la réchauffer, mais malgré des frictions énergiques et l'ingestion de liquides chauds, les frissons persistèrent pendant près de deux heures. La respiration était rapide, les extrémités froides et glacées, le pouls petit, très accéléré. Cet état alarmant persista jusqu'à ce qu'il se produisît plusieurs selles abondantes, noirâtres. Peu à peu les frissons cessèrent, la respiration devint plus régulière et plus calme, le pouls reprit un rythme normal. Seule la cyanose des lèvres et des mains persista plus longtemps, et le lendemain seulement la malade était revenue à son état normal. Elle n'avait pas eu de vomissements et, malgré la gravité affectée à certains moments par les accidents toxiques, elle avait gardé sa connaissance et ne présenta pas de convulsions.

XXI. — David et Kauffmann. (*Journ. amer. med. Assoc.*, 27 mars 1909.) — Deux cas d'intoxications, dont l'un mortel, à la suite d'ingestion de pâte de vaseline et de bismuth.

a) Le premier cas se résume ainsi. Homme de 24 ans, fistule de la hanche gauche: trois onces (100 grammes) de pâte de bismuth au tiers. Trois semaines après, six onces (200 gr.) dont l'injection est très douloureuse. La température monte à 38°3 et retombe à la normale en quarante-huit heures. Onze jours après la seconde injection, la bouche devient douloureuse, et une stomatite intense se déclare. Douleurs et sensations de brûlure fortes, tellement augmentées par la mastication et la déglutition que le malade refuse de s'alimenter. Tuméfaction très douloureuse des gencives, déchaussement des dents, apparitions de lignes bleues sur les bords de la langue; ulcérations linguales plus grandes qu'une pièce de 50 centimes, couvertes d'un enduit bleu noir sale. Condition analogue dans la gorge et sur les amygdales. Céphalée et constipation. Cette stomatite dura *six semaines*. La pigmentation persistait encore au bout de cinq mois, très marquée. Il y eut en outre des complications septiques du côté de l'abcès articulaire, nécessitant des ouvertures et grattages.

b) Le second cas se rapporte à un homme de 21 ans, de solide constitution. Injection de 200 grammes de pâte au tiers, pour ostéite fistuleuse de la tête du fémur. Dix jours après, début de la stomatite analogue à celle du cas précédent, mais plus intense. Alimentation impossible. Nausées et vomissements : céphalée, haleine fétide. Taches érythémateuses sur le cou. Nécrose et ulcérations de la bouche. L'état général s'aggrave, le cœur s'affaiblit, des escarres sacrées se forment, et la mort survient avec une température de 40 degrés.

II

Arrangement des symptomes par appareil

Nous intercalerons dans les symptômes relevés dans les empoisonnements précédents, ceux qui ont été reproduits par Allen, dans son encyclopédie; ils peuvent être considérés comme produits par des doses faibles, mais pondérables (les doses varient de 6 à 40 grains, soit 0 gr. 38 à 2 gr. 50). On pourra ainsi comparer les symptômes toxiques et les symptômes produits par doses plus faibles. Nous ferons suivre d'un A les symptômes provenant d'Allen et d'un chiffre romain se rapportant aux observations ceux qui proviennent de nos empoisonnements.

Symptomes mentaux. — Stupéfaction (I). — Délire (I. III). — Excitation (XV). — Confusion légère de la tête en se levant (A).

Tête. — Céphalée (II. XXI). — Douleur de tête et pression à la région frontale (A). — Vertige (XX. A).

Face. — Enflure (I. III). — Rougeur (I). — Trismus (XX).

Organes des sens. — *Yeux*. — Nuage devant les yeux (I). — Injection des conjonctives (II. A). — Yeux rouges, vue légèrement voilée (A). — Yeux enfoncés et entourés d'un cercle livide (V). — Pupilles dilatées (XV. XVII).

Oreilles. — Bourdonnements (A).

Nez. — Sécheresse (I. A).

Peau. — Brûlure (I).— Sécheresse (II). — Taches érythémateuses sur le cou (XXI).

Organes digestif. — *Bouche*. — Sensation de chaleur (X). — De brûlure (VIII. A). — Stomatite avec salivation (XII). — Stomatite intense: les douleurs et la brûlure augmentent tellement par la mastication et la déglutition que le malade refuse de se nourrir (XXI).

Gencives. — Gonflement considérable avec liséré bleu-

âtre (VIII). — Coloration noirâtre des gencives (VI. IX). — Grande sensibilité après les repas avec coloration bleuâtre (XII). — Tuméfaction très douloureuse des gencives (XXI). — Gencives enflées, livides, suintant en sang sanieux; hémorrhagies (V).

Dents. — Les dents remuent; elles restent noires pendant longtemps (VIII). — Chute de quelques dents (X). — Déchaussement des dents (XXI).

Goût. — Mauvais goût (I. A). — Goût amer (I. A.)

Haleine. — Fétide (XXI). — Mauvaise odeur (V).

Salivation. — Salivation (III. XI. XII).

Langue. — Enflure de la langue (II). — Langue chargée et blanche (A). — Pointe et bords colorés en bleu (XII). — Lignes bleues sur les bords de la langue; ulcérations plus grandes qu'une pièce de 50 centimes, couvertes d'un enduit bleu-noir sale (XXI).

Appétit et soif. — Anorexie (III. XII. A). — Soif (I. III. A).

Pharynx. — Brûlure (I). — Gorge et luette enflammées (I. XXI). — Sécheresse (I). — Douleur intense (IV). — Luette, palais, voile du palais, intérieur des joues coloré en noir (XII).

Estomac. — Pression dans l'estomac (A). — Compression à l'épigastre (II). — Sensation de malaise et de brûlure (A). — Eructations après avoir bu de l'eau (A). — Fréquentes éructations à vide (A). — Eructations (I). — Pesanteur et état nauséeux (XVIII). — Nausées (XIV. XV. XX. XXI). — Vomituritions (I). — Vomissements (I. III. IV. XI. XXI. A).

Hoquets (III).

Symptômes de gastro-entérite intense (III).

Abdomen. — Grondements dans l'intestin et éructations (A). — Gaz nombreux suivis d'évacuation biliaire (A). —

Distension abdominale (I. III). — Coliques avec évacuation liquide (A). — Coliques (I. IV. XI). — Selles liquides (I. III. XI. XVI. XIX). — Diarrhée fétide (I). — Diarrhée verdâtre avec coliques (X). — Selles abondantes et noirâtres (XX). — Selles bilieuses et liquides avec tranchées (A). — Constipation (XXI).

ORGANES URINAIRES. — Dans un cas, il n'y eut pas d'urine et la vessie ne paraissait pas distendue (A). — Anurie (I). (les premiers jours). — Urines pâles (I). (le septième jour). — Coloration noire des urines (VII). — Coloration noirâtre des urines, laissant un sédiment noir dans le vase (VI). (le sédiment étant d'abord blanc et devenait noir en séjournant dans le vase). — Sédiment noir dans l'urine (XII). — Urines albumineuses avec cylindres épithéliaux (VI. VII). — Urines un peu albumineuses (XI).

APPAREIL RESPIRATOIRE. — Respiration difficile (A). — respiration empêchée (I). — Asthme (II). — Oppression (II). — Dyspnée (III. XIV. XVI). — Respiration profonde avec pauses prolongées (XV). — Respiration rapide (XX).

APPAREIL CIRCULATOIRE. — Anxiété précordiale (IV). — Etat syncopal avec pouls petit, sueurs et cyanose (XVIII). — Cyanose (XI. XIII. XIV. XV. XVI. XVII. XIX. XX).

Pouls. — Pouls petit, tendu, spasmodique, accéléré (A). — Pouls petit (I). (le 2ᵉ jour). — Pouls plein (I). (le 6ᵉ jour). — Pouls petit et faible (I).(le 7ᵉ jour). — Pouls petit et tendu (II). — Pouls petit (IV). — Pouls imperceptible et incomptable (XV). — Pouls petit et accéléré (XX).

Sang. — Méthémoglobine dans le sang (XIII. XV. XVI. XVII. XIX).

EXTRÉMITÉS. — Extrémités froides (I. XX). — Spasmes des membres (XX). — Crampes dans les mains et les pieds (I. A). — Enflure des mains (I. III).

SOMMEIL. — Insomnie (A).

FIÈVRE. — Fièvre (XI. XXI). — Fièvre élevée (I). — Hyperthermie (XIX). — Sensation de chaleur dans tout le corps (A). — Extrémités froides (A). — Sensation de froid (XX). — Frissons (XX). — Hypothermie (XV). — Sueurs (XVII. XVIII).

SYMPTOMES GÉNÉRAUX. — Sensation de faiblesse (II). — Faiblesse extrême (XIV. XV). — Grande lassitude (XVIII). — Aspect plombé du malade (V). — Collapsus (XI). — Collapsus et cyanose (XIII. XVI. XVII). — Cyanose (XI. XIII. XIV. XV. XVI. XVII. XVIII. XX). — Cyanose avec lèvres, nez et ongles noirs (XX). — Coma (XV. XIX). — Sensation d'une mort imminente (XIV).

III

APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

L'action du bismuth paraît surtout se faire sentir sur le tube digestif et ce médicament nous paraît surtout indiqué dans les affections de la bouche, de l'estomac et de l'intestin.

Il paraît avoir une action toute particulière sur la *bouche* et produit des symptômes inflammatoires sur toutes les parties de la bouche; on pourra donc s'en servir dans la *stomatite mercurielle, et la stomatite ulcéro-membraneuse*, où il est indiqué par la fétidité de l'haleine, la salivation, le gonflement et les ulcérations des gencives, le déchaussement et l'ébranlement des dents, les ulcérations de la langue.

Aurait-il une action dans le *cancer de la langue* ? Il paraît indiqué au moins dans la *glossite* et les *ulcérations de la langue.*

Il produit des symptômes de *dyspepsie flatulente* et pourrait rendre des services dans cette affection, lorsqu'elle s'accompagne de diarrhée, anorexie, soif, pression et brûlure à l'estomac, éructations, nausées et vomissements, borborygmes et gonflement abdominal; diarrhée avec coliques.

Il peut se trouver indiqué dans l'*anorexie*, la *tympanite*, la *diarrhée*, les *coliques intestinales*.

Il produit quelques symptômes de *néphrite épithéliale* : gonflement de la face et des mains, anurie, urines albumineuses avec cylindres épithéliaux ; mais nous avons déjà un grand nombre de médicaments connus, bien indiqués et nous donnant des résultats satisfaisants ; il pourrait se trouver indiquer, s'il existait en même temps une *coloration noirâtre des urines* et les symptômes de la bouche ou de l'estomac.

Enfin ce médicament pourrait être essayé dans les états de *collapsus* grave avec *cyanose*, état syncopal, sensation de mort prochaine et présence dans le sang de méthémoglobine.

DOSES. — Les principaux symptômes provenant de doses toxiques ou au moins de doses pondérables, nous serions disposés à prescrire le bismuth aux basses atténuations de la troisième trituration à la première trituration décimale.

D[r] MARC JOUSSET.

———

THERAPEUTIQUE

DE LA MÉTHODE DU RENVERSEMENT LATÉRAL DROIT DANS LE DIAGNOSTIC ET LE TRAITEMENT DES DILATATIONS ATONIQUES DE L'ESTOMAC.

Le Dr Carnot a publié sur ce sujet (1) un article très pratique et qui pourra donner à nos lecteurs des indications très utiles ; nous croyons devoir le reproduire *in extenso :*

Nos connaissances relatives à la dilatation gastrique se sont progressivement précisées par le perfectionnement technique des méthodes d'exploration.

Au début, le diagnostic reposait principalement sur un signe clinique important, la *recherche du clapotage*. Grâce à ce symptôme, Bouchard édifia, de main de maître, l'histoire des gastrectasies : et si, plus tard, les exagérations de certains ont provoqué un mouvement de réaction passager, les techniques récentes ont, à nouveau, confirmé les vues de Bouchard relatives à la valeur de ce signe et à la fréquence des gastrectasies atoniques.

Une deuxième technique, le *tubage méthodique à jeun*, donne des résultats particulièrement précis quant à la stase alimentaire et quant à la dilatation gastrique concomitante. Si, normalement, dans l'intervalle des digestions, la poche stomacale est vide, il n'en est pas de même lorsque, du fait d'une sténose ou d'une insuffisance motrice, l'évacuation gastrique devient défectueuse. Or, si les grandes dilatations et les grandes rétentions gastriques sont, surtout

(1) *Presse médicale*, 28 octobre 1908.

et avant tout, provoquées par les sténoses pyloriques, la stase alimentaire peut être également la conséquence d'une gastrectasie atonique, alors même que le pylore reste perméable.

Enfin, une troisième technique, la *radioscopie*, donne des résultats fort importants relatifs aux dilatations et aux ptoses gastriques. La projection de l'estomac sur l'écran fluoroscopique, après ingestion de bismuth, prouve, d'une part, que beaucoup d'estomacs normaux descendent passagèrement très bas à certains moments de la digestion, et d'autre part, que les dilatations et les ptoses gastriques permanentes sont, en réalité, très fréquentes, en dehors de toute sténose pylorique.

Les techniques précédentes (recherche du clapotage, intubation, radioscopie) constituent donc trois méthodes convergentes pour le diagnostic des gastrectasies.

L'adjonction à ces techniques d'un procédé très simple peut, selon nous, permettre de démontrer la perméabilité pylorique, en même temps que la stase alimentaire et la distension gastrique.

La démonstration de ces deux termes permet de porter le *diagnostic* de gastrectasie sans sténose.

Certaines déductions pratiques en résultent relatives à la *diététique* et au *traitement* de cette variété de dilatation gastrique.

Le *diagnostic de gastrectasie sans sténose* comprend, à la fois, celui de rétention gastrique et celui de perméabilité pylorique.

On sait qu'à l'état normal (1), l'estomac, rempli d'aliments ou de boissons, peut se distendre énormément, mais

(1) P. Carnot. — « Le jeu du sphincter pylorique ». *Archives des maladies de l'appareil digestif*, 1907, Novembre.

que cette distension n'est que passagère parce que la contractilité des parois gastriques chasse le contenu gastrique à travers le pylore perméable.

Par contre, lorsque la contractilité des parois est insuffisante, les aliments ou les boissons s'accumulent dans les parties déclives où ils stagnent plus bas que le pylore (en position verticale tout au moins) et, par conséquent, sans aucune tendance à l'évacuation spontanée.

En pareil cas, si l'on modifie la position du sujet de telle sorte que le pylore redevienne la partie la plus délive de la poche gastrique, l'évacuation de cette poche se fera facilement et la stase gastrique disparaîtra.

Tel est le principe de la double épreuve que nous utilisons :

1° Dans une première épreuve, le matin, à jeun, l'estomac étant préalablement vidé de son contenu par la sonde, on fait ingérer au sujet un demi-litre d'eau, pendant une heure, on le laisse en position verticale, debout ou assis; puis, après ce laps de temps, on retire, par la sonde, le liquide restant dans l'estomac.

Lorsque l'estomac est normal et le pylore perméable, la sonde ne ramène rien (ou peu de chose) au bout d'une heure, le liquide ayant disparu presque entièrement, partie par résorption et partie par évacuation pylorique.

Par contre, lorsque l'estomac est ptosé ou dilaté, une certaine quantité de liquide reste accumulée dans le bas-fond déclive qui ne se rétracte plus, sans pouvoir être drainée par le pylore, et, au bout d'une heure, la sonde ramène encore une notable partie de l'eau introduite. Il en serait, d'ailleurs, de même si le pylore était obturé, organiquement ou par spasme.

Cette première épreuve indique donc une stase alimen-

taire ou, tout au moins, un retard considérable à l'évacuation gastrique ; mais elle ne fournit pas, à elle seule, la preuve d'une dilatation atonique, puisque les mêmes résultats peuvent dépendre d'une sténose pylorique, permanente ou intermittente.

2° Dans une deuxième épreuve, qui peut être pratiquée le lendemain, on répète la même opération dans les mêmes conditions ; mais, aussitôt après l'ingestion du liquide, on fait coucher le sujet en position horizontale, le bassin relevé et le corps incliné fortement du côté droit ; dans cette position, s'il s'agit d'un estomac ptosé ou ectasié, le pylore redevient déclive et, s'il est perméable, le bas-fond gastrique se vide complètement de son contenu. Aussi, après une heure de position couchée, une nouvelle exploration par la sonde gastrique ne ramène-t-elle plus qu'une quantité insignifiante de liquide résiduel.

Cette deuxième épreuve, après renversement latéral droit, démontre donc la perméabilité pylorique et précise la nature de la stase que l'on avait observée en position verticale.

La rétention de liquide en position debout, son évacuation après renversement latéral droit caractérisent donc une gastrectasie atonique sans sténose.

Pratiquement, cette épreuve nous a donné des résultats conformes à la théorie précédente et faciles à interpréter dans la majorité des cas :

S'il s'agit de grande ptose ou d'insuffisance motrice absolue et permanente, la rétention gastrique en position debout, l'évacuation en position couchée sont tout particulièrement nettes et constantes. On peut s'en rendre compte, d'une part, par la succussion et par le bruit de clapotage qui existent après une heure de position debout

et qui n'existent pas après une heure de renversement latéral droit; on peut, d'autre part, s'en rendre compte par l'examen radioscopique qui montre, dans le premier cas, la persistance du liquide au fond du cul-de-sac gastrique et son absence dans le deuxième ; mais la manière la plus précise de vérifier, à la fois, la stase et la perméabilité pylorique est le tubage systématique, suivant la technique que nous venons d'indiquer.

Dans d'autres cas, en apparence moins nets, où il s'agit de gastrectasies transitoires, cette épreuve nous montre la très grande variabilité de certaines dilatations ou ptoses gastriques. Il existe, en effet, tous les intermédiaires entre la distension physiologique passagère de l'estomac au moment des digestions et les dilatations ou ptoses complètes et permanentes, dans lesquelles les parois gastriques sont à tel point altérées ou paralysées qu'elles ne peuvent, en aucun cas, revenir sur elle-mêmes. Nous avons, maintes fois, rencontré des ptoses ou dilatations, incomplètes ou intermittentes, survenant à la suite d'une fatigue ou d'un surmenage transitoires du muscle gastrique, ou par parésie nerveuse passagère. Souvent, la distension et le manque de rétraction gastrique s'accentuent par la fatigue, par la dépression nerveuse, et varient, d'ailleurs, suivant la nature et, surtout, suivant la quantité de liquide ingéré.

Par exemple, tel estomac dilaté ne se rétractera plus comme à l'état normal s'il est alourdi par le poids d'un litre de boisson; mais il est encore susceptible d'une évacuation suffisante avec un poids de 500 ou de 200 grammes d'eau seulement.

De même, tel estomac dilaté se rétractera mal pendant une période de dépression ou de fatigue, qui, la semaine

suivante, se rétractera beaucoup mieux, si le tonisme général de l'économie s'est amélioré.

Nous avons observé, notamment, une jeune fille nerveuse, dont l'estomac dilaté ne se rétractait plus depuis des mois, et qui conservait un bas-fond toujours plein de liquide ; peu de temps après ses fiançailles, cette jeune fille retrouva sa gaîté, son activité psychique et, par contrecoup, l'activité de son muscle gastrique . à ce moment, on ne retrouva plus, chez elle, aucun liquide de stase le matin à jeun, et l'absorption d'un demi-litre de liquide ne fut plus suivie d'aucune rétention prolongée, même en position verticale.

Nous avons observé, inversement, un financier chez qui certains déboires se traduisirent brusquement par une grande dilatation gastrique, avec stase en position debout: celle-ci disparut rapidement avec la dépression nerveuse, et le tonisme gastrique redevint à peu près satisfaisant, en même temps que s'améliorait l'état psychique.

Il est, de même, fréquent d'observer chez des neurasthéniques, des fatigués, des convalescents, des inanitiés, une gastrectasie transitoire qui subit les oscillations de l'état général, qui s'améliore ou disparaît, et qui même, parfois, peut subir des oscillations d'un jour à l'autre. Ce sont là de véritables *gastroplégies transitoires* s'améliorant ou s'exacerbant par périodes, et susceptibles d'être influencées grandement par la thérapeutique.

On ne devra donc pas s'étonner, en pareil cas, de voir les résultats de notre épreuve varier, pour certains sujets, suivant les phases successives de leur dilatation. Bien plus, cette épreuve pourra caractériser, d'une façon précise, l'état de contractilité des parois gastriques et, notamment, mettre en relief la variabilité de certaines dilatations ou

ptoses, suivant la fatigue nerveuse ou la nutrition des sujets.

Le traitement des gastrectasies sans sténose, qu'il s'agisse de simples dilatations ou de ptoses, d'état permanent ou transitoire, peut bénéficier des remarques précédentes.

Depuis longtemps, les malades de cette catégorie ont, eux-mêmes, reconnu les bons effets du repos au lit, et beaucoup ont pris l'habitude de s'allonger quelque temps après le repas.

D'autre part, les signes de dilatation ou de ptose, le clapotage, les tiraillements, les troubles réflexes (vertiges, palpitations, arythmie, céphalée, etc.), s'accentuent souvent à la fin de la journée, tandis qu'ils disparaissent après le repos de la nuit; ils reparaissent bientôt lorsque, en position verticale, l'estomac est tiraillé vers le bas par l'ingestion d'aliments, surtout lorsque ceux-ci sont lourds ou copieux.

Ces remarques concordent avec les constatations précédentes, relatives à l'évacuation différente de l'estomac ptosé ou dilaté, suivant la position du corps.

On peut en tirer quelques règles diététiques très simples, qui nous ont donné de bons résultats chez quelques malades de ville ou d'hôpital :

En règle générale, on devra diriger l'alimentation de telle sorte que, pendant tout le temps que dure la station debout, l'estomac soit surchargé au minimum. Ainsi seront évités les tiraillements exercés par le poids des aliments ingérés sur un organe prompt à se laisser distendre, et les aggravations consécutives de la ptose ; les repas substantiels seront digérés en position couchée ou même renversée, afin de supprimer l'action des pressions verticales sur l'es-

tomac atonique et afin de maintenir le pylore en position déclive au moment de l'évacuation gastrique.

Ces règles générales seront réalisées de la façon suivante :

En premier lieu, les repas pris pendant la journée seront très légers et composés uniquement d'aliments à évacuation pylorique rapide (lait écrémé fortement sucré et additionné de 1 gramme de citrate de soude par litre pour éviter la coagulation ; eau albumineuse ; bouillies très claires ; bouillon additionné de tapioca, d'œufs battus, etc. ; sirops et crèmes sucrés, etc.). Pour ces repas légers, il n'y a pas lieu d'interdire les liquides, tout au contraire, car leur élimination pylorique se produit beaucoup plus vite que celle des aliments solides. Pendant le temps, ainsi raccourci, de l'élimination pylorique, c'est-à-dire pendant une heure ou deux, le sujet restera couché, le bassin relevé et le corps incliné sur le côté droit.

En second lieu, le repas du soir comprendra la majeure partie de la ration alimentaire quotidienne. Si l'on a soin d'éviter les aliments riches en déchets, qui allongent le travail digestif et alourdissent inutilement l'estomac, on ne craindra pas, par contre, les aliments fortement nutritifs ; même, une gymnastique motrice et sécrétoire graduée, par absorption d'une quantité croissante d'aliments, sera parfois très favorable. Mathieu et Roux ont, en effet, fort bien montré qu'une alimentation restreinte augmente la faiblesse des parois gastriques.

La nature même du régime alimentaire à prescrire sera subordonnée, d'ailleurs, à l'état des autres fonctions gastriques.

Dans les cas fréquents, où il y a, à la fois, ptose gastrique et hyperexcitabilité glandulaire, il peut être utile de

modérer l'hypersécrétion gastrique ; on insistera principalement alors sur l'usage des hydro-carbonés, qui ne provoquent, par leur passage gastrique, aucun travail glandulaire.

Au contraire, si les sécrétions gastriques paraissent insuffisantes, il sera bon d'entraîner l'organe à une alimentation croissante et de développer la sécrétion psychique par des moyens multiples sur lesquels nous reviendrons prochainement.

Inversement, chez les dilatés gros mangeurs, il sera de toute nécessité de diminuer notablement les rations alimentaires, la distension mécanique provoquée par l'excès des aliments ingérés étant un des facteurs de la gastrectasie.

Chez quelques malades, l'alimentation copieuse du soir entraîne un certain degré d'insomnie digestive qui peut mettre, en partie, obstacle au rythme alimentaire précédent ; la nature des repas du soir sera, en pareil cas, très simplifiée, parfois même réduite au lait, aux bouillies et aux œufs.

Le type d'alimentation du soir une fois fixé, on recommandera au malade de *se coucher immédiatement après le repas*. On ne craindra pas de lui donner des indications très précises sur la façon de se coucher, car, souvent, comme on fait son lit, on digère.

Pour mettre le pylore en situation déclive par rapport au cul-de-sac gastrique, on doit *faire incliner le corps du côté droit et relever le bassin*. On y parviendra facilement en faisant mettre simplement un oreiller sous le siège, ou en glissant, à la place occupée par le bassin, un traversin dur sous le matelas, de telle sorte qu'il y ait une double inclinaison douce et que le bassin soit plus élevé que le thorax :

la tête sera, d'ailleurs, relevée par un oreiller pour éviter l'afflux du sang.

Le renversement sera, d'autre part, combiné avec le décubitus sur le côté droit; dans ce renversement latéral droit, le pylore redevient la partie la plus déclive de l'estomac, quels que soient le degré et la forme de la gastrectasie.

Cette position est, d'ailleurs, bien acceptée par les malades, à la condition qu'on les y habitue progressivement en accentuant assez lentement l'inclinaison du corps. Ceux à qui nous l'avons recommandée l'ont acceptée sans difficulté, et certains ont continué, depuis, à la pratiquer spontanément.

Si la situation renversée est mal tolérée, on fera simplement allonger le sujet après le repas du soir pour éviter la tension verticale de l'estomac alors qu'il est rempli ; l'élévation du bassin et l'inclinaison du côté droit ne seront alors exigées que deux heures après le repas, pendant une heure ou deux, c'est-à-dire seulement au moment de l'évacuation pylorique.

Il est, d'ailleurs, bon d'expliquer au malade le but à atteindre, au besoin avec un schéma, et de le faire ainsi collaborer intelligemment à son propre traitement.

Dans les cas particulièrement graves, où la ptose est considérable, s'étend à différents organes et provoque des troubles importants, il sera nécessaire, au début du traitement, de maintenir, pendant quelque temps, le malade en permanence au lit ; les troubles réflexes disparaissent souvent de suite sous cette simple influence.

Mais, dans la majorité des cas, il suffira de supprimer, en position debout, toute surcharge alimentaire, et de maintenir, pendant toute la durée des digestions, le sujet au lit, avec inclinaison du côté droit et renversement du corps

au moment de l'évacuation pylorique, pour provoquer un soulagement sensible. L'estomac est ainsi tiraillé au minimum, puisqu'il n'a plus de surcharge alimentaire dans la position debout, et qu'il ne travaille qu'en position horizontale, d'où la cessation des troubles réflexes dus à la ptose.

La laxité des parois disparaît, d'ailleurs, en partie lorsqu'elle n'est plus sollicitée par le poids des aliments. Enfin, on n'expose plus le malade aux inconvénients d'un régime restreint par crainte de surcharge gastrique.

On évite donc, à la fois, par cette méthode, d'une part que l'alimentation copieuse, nécessaire à ces malades, n'aggrave la ptose ; d'autre part, que l'alimentation, réduite en raison de la ptose, ne soit insuffisante et n'aggrave, par un véritable cercle vicieux, la faiblesse des parois gastriques.

Pareil régime est, d'ailleurs, assez simple pour ne pas empêcher le sujet de se livrer à une vie même assez active, ce qui a souvent une bonne influence sur l'état général. Aussi peut-il être longtemps poursuivi. Il doit, d'ailleurs, être combiné aux autres méthodes thérapeutiques, notamment à la gymnastique, au massage et à l'hydrothérapie.

En résumé, l'institution d'un régime qui évite la surcharge gastrique en position debout, et tel que la distension alimentaire de l'estomac n'ait lieu qu'en position couchée sur le flanc droit, permet d'assurer au malade dont l'estomac est atone une alimentation suffisante, sans l'exposer aux effets fâcheux de la surcharge gastrique : on peut ainsi faire fonctionner suffisamment l'estomac sans exagérer la ptose.

En tout cas, ce régime a procuré, chez nos malades, un soulagement et une amélioration rapides.

Lieu d'élection de la ponction lombaire.

La ponction lombaire entre dans la pratique courante et l'épidémie de méningite cérébro-spinale actuelle rend son emploi encore plus fréquent.

Il est arrivé à tout le monde d'être obligé de recommencer plusieurs fois avant de réussir à pénétrer dans l'intérieur du canal rachidien.

Le Dr Vaquet, médecin de l'hôpital de Lorient (1), a fait des recherches sur le cadavre et est arrivé à fixer un point d'élection où on est sûr, dit-il, de bien faire cette ponction.

Si on joint par une ligne les deux crêtes iliaques, cette ligne passe sur l'apophyse épineuse de la quatrième lombaire. C'est un peu en dessous de cette ligne, très près de la ligne médiane, à 2 millimètres en dehors, à droite ou à gauche du bord de l'apophyse épineuse de la 4e vertèbre lombaire qu'on doit enfoncer son aiguille, directement en avant; si on ponctionnait au-dessus de la ligne qui joint les crêtes iliaques, il faudrait diriger l'aiguille un peu en bas; si on ponctionnait plus bas près de la 5e vertèbre, il faudrait la diriger un peu en haut.

Chez un sujet maigre adulte; il faut enfoncer l'aiguille à 5 centimètres et demi environ pour réussir sa ponction.

Le Dr Vaquet recommande l'aiguille de Tuffier, aiguille en platine iridié de 7 centimètres de long.

Chez l'enfant, on pourrait ponctionner sur la ligne médiane, entre les deux apophyses épineuses, en passant à travers les ligaments imterépineux et susépineux*; mais chez l'adulte, ces ligaments sont trop durs et on doit ponctionner à droite ou à gauche. Dr Marc Jousset.

(1) *Journal des praticiens*, 17 avril.

REVUE DES SOCIETES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

(*Séance du* 6 *juillet* 1909). — DE LA VARIOLE. VACCINE.

Sous ce titre, MM. KELSCH, TEISSIER et CAMUS ont avec la collaboration de MM. Tandre et Devoir, présenté à l'Académie de Médecine un travail sur cette question si souvent débattue : de l'identité ou de la non-identité de la variole et de la vaccine.

La non-identité est presque universellement défendue par les médecins français, tandis qu'à l'étranger et principalement en Allemagne, l'opinion contraire est généralement acceptée.

Les travaux de la commission lyonnaise entrepris de 1863 à 1865 sous la direction si compétente de M. Chauveau semblaient avoir fixé la solution du problème en démontrant que la variolisation des bovidés ne déterminait qu'une éruption papuleuse locale sans aucune analogie morphologique ou biologique avec le vaccin, cette fausse vaccine déterminée par la variolisation ayant déterminé la variole et même la mort chez des enfants en expérience.

Les résultats opposés obtenus à l'étranger firent de nouveau naître des doutes sur cette solution. Mais M. Chauveau intervint de nouveau ayant inoculé des bovidés adultes avec de la lymphe envoyée d'Allemagne, l'éminent maître n'a vu se développer dans tous les cas qu'une papule simple et stérile : d'où cette conclusion qui semblait définitive ; que le virus bovin, variolique, inoculé à

l'espèce bovine ne manifeste aucune tendance à la transformation vaccinale.

Les expériences de MM. Juhel, Renoyet, Dupuy exécutées à Aubervilliers sur 6 génisses avec du virus varioleux viennent confirmer cette opinion et chez aucun des animaux, la variole ne se transforma en vaccine.

Cette doctrine de la dualité des deux virus est confirmée par les expériences du professeur Layet, de Bordeaux.

Mais hors de France la doctrine contraire est généralement acceptée et l'identité des deux virus est monnaie courante. On peut appliquer ici cet adage: Vérité en deçà des Vosges, erreur au delà.

De nombreuses expériences ont été instituées pour la solution de ce problème et sans nous arrêter à reproduire ici les argumentations et les expérimentations instituées par les partisans des deux doctrines opposées, nous dirons en acceptant les conclusions du mémoire de MM. Kelsch, Teissier et Camus, que toutes les fois que des pustules vaccinales se sont manifestées chez des bovidés inoculés avec le virus varioleux, ce fait paradoxal s'explique par la contagion du virus vaccinal, contagion dont on n'a pas su garantir les animaux en expérience par un isolement suffisant.

En résumé, la variole et la vaccine sont deux maladies distinctes, et l'inoculation de leurs produits morbides reproduit toujours l'une ou l'autre maladie.

SIGNE DU « FLOT TRANSTHORACIQUE » POUR LE DIAGNOSTIC DES KYSTES HYDATIQUES DE LA CONVEXITÉ DU FOIE. — Dr CHAUFFARD.

Ce flot transthoracique se perçoit en appliquant la main

gauche à la région postérieure du thorax du côté droit à l'angle inférieur de l'omoplate ; la percussion pratiquée en avant au niveau de la 5e et de la 6e côte aux deux espaces correspondants : on perçoit alors une série de petites vibrations ondulantes, une sorte de frémissement hydatique.

Ce signe ne se rencontre que dans les cas de kyste hydatique de la région convexe du foie. Ce diagnostic est confirmé par l'examen radioscopique qui permet de constater la limite de l'épanchement.

PESTE PNEUMONIQUE. — (*Séance du 20 juillet*).

Le Dr BRUN, de Beyrouth, communique à l'Académie une étude sur la peste pneumonique observée en janvier 1907.

Ce travail qui, fort heureusement, ne présente pas d'application pratique dans notre pays, concerne des intérêts nosologiques d'une certaine importance. Nous rappellerons donc en quelques mots les caractères de la peste pneumonique.

Rapelons d'abord que cette forme ne présente pas les caractères attribués habituellement aux affections pestilentielles, l'absence de bubon en particulier est un caractère négatif constant.

Le début de la maladie est brusque, mais il ne présente pas le frisson initial des pneumonies ordinaires ; la prostration, l'indifférence et l'angoisse caractérisent l'état. A cette grande prostration s'ajoute une dyspnée sans accélération du nombre des respirations, une toux incessante, sans éclat, muette, si on peut dire ainsi, et comme chuchotée, une expectoration tantôt banale, tantôt hémorrhagique et mousseuse, mais jamais rouillée et visqueuse comme

dans la pneumonie. Le point de côté est variable, et dans certains cas il est d'une intensité considérable ; les symptômes d'auscultation sont à peu près nuls, et c'est là un caractère négatif d'une grande importance.

Malgré la bénignité des symptômes locaux, le malade profondément angoissé, s'asphyxie d'heure en heure et périt habituellement dès le 3e jour ; cette forme de pneumonie est extrêmement grave et la plupart des malades atteints en seraient morts.

Les injections de sérum de Yersin ont eu une action prophylactique incontestable.

Méningite cérébro-spinale.

Dans la séance du 27 juillet, M. Netter a fait une très longue communication ; dans cette communication, l'auteur fait l'histoire déjà bien connue et décrite plusieurs fois dans ce journal, de la méningite cérébro-spinale.

De ce très long article, nous croyons utile de retenir seulement ce fait désormais incontestable d'affections dues au méningocoque de Weischelbaum sans aucun signe de méningite ; ce fait que nous avons signalé dans un travail précédent et sur lequel nous nous sommes appuyés pour démontrer que la méningite cérébro-spniale n'était pas nécessairement dépendante du bacille de Weischelbaum puisque cette méningite pouvait exister en l'absence de l'organisme de Weischelbaum, et d'autre part ce bacille pouvait exister dans le sang et dans les différents organes des malades sans qu'il existât de méningites.

En résumé, la bactériologie et la clinique démontrent l'existence d'une septicémie méningococcique, qui ne s'accompagne pas de méningite : elle est caractérisée par un

mouvement fébrile rémittent accompagné d'éruptions pétéchiales, d'hémorrhagies viscérales, d'érythème polymorphe; cette forme affecte les caractères cliniques du purpura infectieux avec lequel elle a été souvent confondue.

D[r] P Jousset.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

I

Pyopneumothorax métapneumonique, a staphylocoques, suivi de vomique, traité par le collargol intrapleural. Guérison.

(*Séance du 25 juin*). — M. Galliard présente un malade de vingt ans dont nous allons résumer la très intéressante histoire clinique.

Le 19 *mars*, toux; le 22, point de côté et dyspnée ; enfin le 29 à l'hôpital (7e jour), avec fièvre avec 39°4.

Bonne santé antérieure; signes de pneumonie occupant le lobe inférieur droit, avec souffle peu intense, matité très accentuée et expectoration presque nulle.

Préoccupé de l'existence d'un épanchement parapneumonique, M. Galliard fait ou fait faire plusieurs ponctions exploratrices sans résultats, le 2, le 8 et le 14 avril.

En rentrant après les vacances de Pâques, le 20 *avril*, M. Galliard trouve la malade peu en progrès, cyanosée, adynamique, amaigrie. La matité existe non seulement en arrière en bas, mais dans l'aisselle et même en avant, au niveau des 2e et 3e espaces ; quatrième ponction explora-

trice, à ce niveau, donnant du pus verdâtre, bien lié, inodore, contenant des staphylocoques et des tétragènes.

Le 21, température 36. La malade étant trop faible pour supporter l'empyème, ponction évacuatrice donnant 400 cent. cubes de pus.

Le 22, sous la clavicule droite, tympanisme, avec suppression du murmure vésiculaire et bruit de succession ; *pneumothorax* limité à la région de la ponction, puisque dans l'aisselle et en arrière, la matité persiste.

L'examen radioscopique montre la transparence des sommets ; les crachats ne contiennent pas de bacilles de Koch. Il ne s'agit pas de pneumothorax tuberculeux.

Les jours suivants, état stationnaire, avec cyanose de la face, refroidissement des extrémités, adynamie ; 36°2 à 36°8 ; l'état général ne s'améliore pas.

Le 26, vomique abondante ; à la suite, tympanisme et souffle amphorique sous la clavicule ; ce souffle se retrouve en arrière au tiers moyen ; mais pas dans l'aisselle.

L'état général va en s'aggravant malgré une injection de sérum, cacodylate, etc.

Le 11 *mai*, une ponction exploratrice à la région postéro-externe, point où plusieurs piqûres avaient été faites sans résultat donne 1 cent. cube de pus contenant des staphylocoques et des pneumocoques, mais pas de tétragènes.

Il y a donc un empyème enkysté inférieur, dorso-axillaire coïncidant avec le pyopneumothorax antéro-supérieur. La fièvre a reparu depuis la veille. Injection intraveineuse de 6 centim. cubes de la solution au 100[e] de collargol.

Le 13 *mai* M. Galliard pratique une *injection intra-pleurale de 10 centim. cubes de la solution de collargol* ; au

bout de quelques instants, toux et expectoration de crachats grisâtres, puis noirâtres.

Les jours suivants amélioration.

Le 16 *mai, nouvelle injection intra-pleurale de collargol.*

Amélioration très considérable jusqu'au 5 *juin*, où la température monte à 40°4, après un frisson.

Le 6 *juin, troisième injection intrapleurale de collargol*, en plein matité, à la région inféro-axillaire. Le liquide tombe certainement dans une loge close, car la malade n'expectore pas de collargol.

L'amélioration définitive se fait et aujourd'hui la malade est guérie ; il persiste à la base droite un peu de submatité et de faiblesse de respiration.

II

Artério-sclérose généralisée de l'artère pulmonaire.

MM. Laubry et Parvu ont observé dans le service de M. Vaquez une jeune femme entrée dans un état asystolique, présentant les signes d'un rétrécissement mitral. Cette malade mourut vingt heures après son entrée à l'hôpital.

L'autopsie montra un rétrécissement mitral extrêmement serré, les traces d'une double endocardite récente, mitrale et tricuspide, et une artério-sclérose généralisée de l'artère pulmonaire.

Pour les auteurs, cette artério-sclérose de l'artère pulmonaire a eu comme point de départ l'hypertension vasculaire causée dans le territoire de la petite circulation par le rétrécissement mitral si serré.

Ils rapprochent cette observation d'une observation tout à fait analogue de M. Vaquez (1).

III

TÉTANOS SUBAIGU, COMPLICATIONS BRONCHO-PULMONAIRES, SÉROTHÉRAPIE INTRA-VEINEUSE ET SOUS-CUTANÉE. GUÉRISON.

MM. L. MARTIN et H. DARRÉ ont soigné à l'Hôpital Pasteur un petit enfant pour un cas de tétanos subaigu. Le traitement a consisté le premier jour de la maladie en une injection sous-cutanée de 40 cent. cubes de sérum antitétanique; le second jour, injection intra-veineuse de 80 cent. cubes ; ensuite soir et matin 40 cent. cubes en injection sous-cutanée ; en même temps chloral et bromure.

La particularité de ce cas, qui était parmi les formes curables, est d'avoir présenté le 7e jour de la maladie une poussée de broncho-pneumonie, qui a guéri assez facilement. Les complications pulmonaires ne sont donc pas toujours des complications terminales d'un pronostic fatal.

IV

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE A MÉNINGOCOQUES TRAITÉE PAR DES INJECTIONS INTRA-RACHIDIENNES DE SÉRUM ANTIDIPHTÉRIQUE.

(*Séance du 2 juillet*). — MM. LEMOINE et GAEHLINGER (de Lille) lisent une observation de méningite cérébro-spinale, à méningocoques reconnus par l'examen bactériologique et les cultures, guérie par quatre injections intra-rachidiennes

(1) *Société méd. des hôpit.*, 24 juillet 1908.

de sérum antidiphtérique (20, 30, 20 et 10 centim. cubes). L'intérêt de cette observation est dans le traitement particulier. Le sérum antiméningococcique étant difficile à se procurer même à Paris, on pourrait donc commencer en attendant par le sérum de Roux.

A la séance suivante, M. NETTER est venu combattre ces conclusions en rapportant un grand nombre de statistiques empruntées pour la plupart aux Etats-Unis où l'emploi du sérum antidiphtérique a été fait sur une assez grande échelle. Il paraît en résulter que ce sérum serait à peu près inactif et qu'il ferait perdre un temps précieux en retardant l'emploi du sérum antiméningococcique.

Nous répéterons que lorsqu'on pourra se procurer ce dernier sérum, c'est lui qu'on devra employer ; lorsqu'on ne pourra pas en obtenir, on pourra toujours essayer le sérum antidiphtérique.

V

XANTHOME, ICTÈRE ET CHOLÉMIE.

Plusieurs théories ont été émises pour expliquer les rapports de l'ictère avec la xanthome et xanthelasma. Pour les uns (Kaposi, Török, Hallopeau, Besnier, Brocq, etc.) l'ictère serait produit dans les cas de xanthome par des xanthomes des voies biliaires et par conséquent secondaire. Pour les autres (Potain, Quinquaud, Gilbert et ses élèves etc.), l'ictère serait antérieur et primitif par rapport au xanthome.

MM. DE BEURMANN et GUY LAROCHE lisent une observation à l'appui de cette seconde opinion ; dans cette obser-

vation, trois opérations sur les voies biliaires et une autopsie minutieuse, avec examen bactériologique ont permis d'être affirmatif.

En résumé cette malade avait été atteinte d'une xanthomatose généralisée, survenue au cours d'un ictère chronique d'origine lithiasique dont on a pu suivre l'évolution pas à pas et de la manière la plus précise pendant plusieurs années. La démonstration est complète au *point de vue clinique*, puisque, ici, les xanthomes ont été secondaires aux coliques hépatiques : au *point de vue anatomique*, puisque par trois fois l'opérateur s'est trouvé en présence de lésions typiques de cholécystite et d'angio-cholite calculeuse ; au *point de vue histologique*, puisque l'examen a démontré la nature purement inflammatoire chronique de l'obstruction du canal hépato-cholédoque. Le cycle a donc été fermé et aucune preuve expérimentale ne peut être plus forte que cette observation.

VI

Epilepsie jacksonnienne. Gliome de la première circonvolution frontale droite.

MM. Ménétrier et Mallet publient une observation suivie d'autopsie d'épilepsie jacksonnienne causée par un gliome. L'intérêt de ce cas est le siège de ce gliome au niveau de la première circonvolution frontale droite dans un point très éloigné de la zone rolandique.

VII

La sérothérapie antiméningococcique dans 196 cas de méningite cérébro-spinale épidémique.

M. Dopter donne une vue d'ensemble du traitement sé-

rothérapique de la méningite cérébro-spinale épidémique en rapportant les résultats de 196 cas traités avec le sérum qu'il prépare à l'Institut Pasteur.

Voici les résultats depuis le début de l'épidémie.

Les 196 cas ont donné 31 décès, soit une mortalité globale de 15.86 p .100.

De ces 196 cas, on doit légitimement défalquer :

1° Les cas où le sérum a été injecté *in extremis*, et où le malade a succombé quelques heures après l'injection (10 cas) ;

2° Les cas où les malades sont morts d'affections étrangères à la méningite, les phénomènes méningés ayant complètement rétrocédé (2 cas).

Soit 12 cas qu'on peut éliminer de la statistique qui comprend ainsi : 184 cas, ayant donné 19 décès, soit 10,32 p. 100.

Donc :	Mortalité globale	15.86 p. 100.
—	— rectifiée	10,32 p. 100.

Au début de l'année, le sérum vendu avait été préparé à la manière des auteurs allemands et américains, en injectant aux chevaux des microbes et de la toxine. Depuis quelque temps, M. Dopter n'injecte plus que des microbes et il produit ainsi un sérum qui lui paraît plus actif.

Voici la comparaison entre les résultats des deux sérums:

Sérum primitif.

Mortalité globale ...	132 cas.	24 décès.	18,18 p. 100
— rectifiée ..	122 —	14 —	11,47 p. 100

Sérum nouveau.

Mortalité globale ...	64 cas.	7 décès.	10,93 p. 100
— rectifiée ..	62 —	5 —	8,06 p. 100

VIII

Un cas de cancer épithéliomateux sous-cutané de la région parotidienne et de grande dimension, traité par le radium.

MM. Wickham et Degrais profitent du passage à Paris d'un malade, qu'ils ont présenté à la Société le 21 novembre dernier, pour faire constater l'amélioration qui s'est faite depuis ce moment bien que le traitement ait été suspendu.

Il s'agissait d'une énorme tumeur épithéliomateuse (épithélioma lobulé avec cellules à noyau bourgeonnant) qui, développée depuis un an au niveau de la parotide, avait envahi une partie de la face. Cette tumeur, ainsi qu'elle est représentée sur un moulage fait par M. Baretta, avait 5 centimètres de saillie, et s'étendait horizontalement sur un espace de 9 centimètres et verticalement sur 12 centimètres. La peau la recouvrait et n'était ulcérée qu'au sommet de la masse néoplasique. Elle était le siège d'une vive inflammation, ce qui impliquait un caractère particulier de gravité.

La tumeur formait une masse de consistance plâtreuse et adhérait fortement par sa base.

Au cours du traitement, cette base s'est mobilisée. Actuellement, la tumeur a fondu, il ne reste que de petits noyaux durs, mobiles, recouverts d'une peau de bonne apparence.

Ces noyaux semblent torpides et depuis plusieurs mois, ils ne se sont nullement modifiés.

Le traitement a consisté à inonder la tumeur de rayonne-

ments surpénétrants, composés de rayons β durs et de rayons γ, isolés par les méthodes de filtrage.

Les applications ont été nombreuses et de longue durée, et, bien que la réaction ait été intense dans la profondeur et se soit manifestée par l'issue, hors de la portion ulcérée, de masses blanchâtres et d'un abondant liquide épais, laiteux, la surface cutanée n'a pas été sérieusement endommagée.

IX

Sur un cas de méningite cérébro-spinale épidémique. Accidents sériques. Anaphylaxie. Guérison.

(Séance du 9 juillet). — M. Salebert, qui a déjà fait plusieurs communications intéressantes sur l'épidémie actuelle de méningite cérébro-spinale, rapporte un cas, ayant évolué brusquement ; le traitement a commencé le cinquième jour ; les symptômes ordinaires de la maladie ont été très accentués; après six injections de sérum de Dopter, l'amélioration ne se faisant pas, on a eu recours au sérum de Flexner, qu'on a injecté sept fois.

Dès le 11° jour du traitement, accidents sériques (urticaire et arthralgie :

A partir de la onzième injection, chaque injection paraissait aggraver l'état du malade (tachycardie, polypnée, exagération des symptômes cérébraux). Il existait donc une anaphylaxie manifeste. En outre, les cinq dernières ponctions donnaient issue à un liquide ambré ayant l'apparence du sérum injecté.

Dans ces conditions, M. Salebert supprima les injections et la guérison survint.

X

Action comparée des différents sérums antiméningitiques.

M. Comby ayant eu l'occasion d'employer le sérum de Dopter, le sérum de Kolle (Suisse) et le sérum de Flexner (Amérique) nous donne son avis sur leur valeur respective. Il considère le sérum français et le sérum américain comme ayant une action aussi satisfaisante l'une que l'autre : les résultats qu'il en a obtenu sont absolument comparables.

Quant au sérum de Kolle qu'il a employé à un moment où le sérum de Dopter faisait défaut et où le sérum de Flexner, qu'il avait demandé, ne lui était pas parvenu,.. ne lui a donné aucun résultat et les quatre malades, chez lesquels il s'en est servi, sont morts. D'après ce qu'il a entendu dire, ses collègues de l'hôpital des enfants y auraient aussi renoncé.

XI

Soixante-sept cas de méningite cérébro-spinale traités par la sérothérapie antiméningococcique, dont cinquante par le sérum de Flexner.

MM. Netter et Debré donnent leur statistique qui est très satisfaisante, mortalité globale 18 p. 100 ; et si on élimine les malades amenés moribonds ou morts pour autres causes 8,89 p. 100.

Ces résultats, très encourageants, sont dûs à l'emploi des doses élevées du sérum et à son emploi rapide et répété. M. Netter injecte, trois doses de 30 centim. cubes trois jours de suite, même chez les enfants ; quelques-uns de ces malades ont reçu dix injections ou plus.

XII

Hémorrhagie pédonculo-protubérantielle d'origine ourlienne.

MM. Chavigny et Schneider ont observé au Val-de-Grâce un jeune soldat atteint des oreillons d'une façon légère. Le 14 mai, il sortait guéri et rentrait le 18 mai avec une hémiplégie du côté droit. Les accidents avaient débuté dans la nuit du 17 au 18 ; la mort survint rapidement dans le coma (1er juin) et l'autopsie montra qu'il existait un foyer hémorrhagique à la partie supérieure gauche de la protubérance.

C'est la première observation connue d'hémorrhagie des centres nerveux sous la dépendance des oreillons ; on en a signalé à la suite de la rougeole (Raymond, Simonin et Dopter).

XIII

Rétrocession des symptomes cliniques et des troubles hématiques au cours des ictères hémolytiques acquis.

A côté de l'ictère hémolytique congénital, bien défini par M. Chauffard, qui a un type spécial d'un caractère permanent et qui s'accompagne d'un état d'anémie peu accentué et ne mettant pas l'existence en danger, MM. Gilbert, Abrami et Brulé ont établi l'existence des ictères hémolytiques acquis, qui ont une allure clinique différente.

Il s'agit tantôt d'accidents aigus, passagers, pouvant disparaître en quelques semaines, tantôt d'accidents chroniques, pouvant durer des années et amener une anémie tel-

lement intense qu'elle peut réaliser le type de l'anémie pernicieuse et amener la mort. Mais même dans les cas prolongés, d'apparence très grave, la guérison est possible.

Sur trois cas d'ictère hémolytique chronique que les auteurs suivent depuis deux ans, deux fois ils ont abouti à la disparition complète de tous les symptômes morbides : s'agit-il de guérison définitive ? Chez les deux malades, non seulement l'ictère, la splénomégalie et tous les signes anémiques ont entièrement disparu, mais le sang ne présente plus aucun des stigmates de l'ictère hémolytique. Le taux des hématies et de l'hémoglobine, de même que le diamètre, les aptitudes tinctoriales des globules rouges sont normaux ; la fragilité globulaire a complètement disparu : les hématies granuleuses, dont ce sang contenait jusqu'à 45 pour 100, sont tombées au chiffre normal de 1 p. 2 ou 300. Le sérum a perdu enfin la propriété qu'il possédait d'auto-agglutiner les globules rouges de ces malades.

XIV

Un cas de bronchite pseudo-membraneuse ou, mieux, muco-membraneuse chronique.

MM. Josué et Paillard ont observé un cas type de bronchite pseudo-membraneuse ; cette femme, âgée de quarante-sept ans, amaigrie, de constitution faible, avec un tempérament nerveux et énergique, est malade depuis janvier 1908. Elle est prise de temps en temps, vers trois heures du matin, de quintes de toux violentes et répétées ; sans expectoration; avec la sensation d'un corps étranger dans la poitrine ; angoisse et dyspnée ; vers cinq ou six heures du matin, elle expulse une masse pelotonnée blanc-grisâtre, et la crise est terminée.

En regardant de près les pelotons membraneux on y distingue des portions cylindriques pouvant atteindre jusqu'à un demi-centimètre de diamètre. Les cylindres sont pleins; la couche périphérique est plus consistante, les parties centrales sont moins tassées, moins serrées, bien que constituées par la même substance.

Certains cylindres ont par places une coloration rouge noirâtre ; l'infiltration sanguine peut occuper une assez notable portion de la membrane ; cette partie offre alors l'aspect d'un caillot. Parfois, mais rarement, la membrane tout entière semble formée de sang qui se serait coagulé dans les bronches. Si l'on plonge le peloton membraneux dans de l'eau, il se déplisse et donne l'image exacte de l'arbre bronchique jusqu'aux plus fines ramifications.Ces dernières présentent souvent quelques renflements moniliformes causés par des bulles d'air emprisonnées dans la concrétion membraneuse.

Il arrive que l'expectoration survienne plus tardivement, après des souffrances prolongées. C'est ainsi qu'une des crises a duré huit jours. La malade était mal à l'aise, elle éprouvait une sensation d'oppression de « plénitude » dans la poitrine avec fatigue générale ; elle rendait en même temps quelques crachats sanglants. Au bout d'une semaine elle évacua une pseudo-membrane, puis tous les symptômes pénibles disparurent.

Ces crises sont plus ou moins rapprochées : souvent à la suite d'un refroidissement, d'un rhume banal, d'un coryza.

XV

Sur une mycose vaginale.

MM. Queyrat et Guy Laroche ont observé une dame de

quarante-sept ans présentant un prurit intolérable de la vulve et du vagin. Il existait au niveau des petites lèvres qui étaient rouge vif et comme dépolis des îlots d'un blanc crémeux, très adhérents ; ces menus îlots tapissaients le vagin, d'une manière d'autant plus confluente qu'on se rapprochait plus de l'orifice du col de l'utérus, niveau auquel ils disparaissaient.

L'examen bactériologique montra qu'il s'agissait d'une variété de champignon se rapprochant un peu du champignon du muguet comme aspect, mais que les recherches des auteurs en ont tout à fait différencié.

Ce qui nous intéresse le plus est de savoir que ce qui a débarrassé la malade de ses démangeaisons et de sa maladie, est l'emploi de badigeonnages d'huile créosotée (20 grammes de créosote pour 60 d'huile d'olive) .

Dr Marc Jousset.

SOCIETE DE BIOLOGIE

Sur l'inconstance de la glycosurie après l'extirpation totale du pancréas. — (*Société de Biologie*, séance du 13 février 1909.)

Il faut savoir, que tous les chiens auxquels on a enlevé totalement le pancréas, ne sont pas glycosuriques; que, la la température et surtout l'alimentation ont une action puissante sur la présence ou l'absence du sucre dans les urines des chiens dépancréatés.Les chiens nourris exclusivement avec de la viande ne sont pas toujours glycosuriques après l'ablation du pancréas. Au contraire, ces animaux

nourris avec des hydrates de carbone et même de la viande sont constamment glycosuriques.

Nous devons encore signaler dans ces expériences, l'augmentation considérable de l'urée dans les urines des animaux dépancréatés, ils sont hyperazoturiques.

ETUDES PHYSIOLOGIQUES DES PRINCIPES CONSTITUANTS DES PRODUITS DE DISTILLATION DES SEMENCES DE PERSIL. — (*Société de Biologie*, 20 février 1909.)

Ces produits sont désignés généralement sous le nom d'*Apiol*, et distingués par leur coloration. L'*Apiol* blanc est convulsivant, tétanisant, avec trismus et opisthothonos.

Les autres apiols déterminent des congestions et des hémorrhagies localisées, surtout aux poumons. Les animaux périssent en état d'asphyxie, le cœur paralysé et en diastole. A l'autopsie, les poumons sont gorgés de sang.

LA SUBSTANCE NERVEUSE NORMALE PEUT-ELLE IMMUNISER CONTRE LA RAGE. P. REMLINGER. — (*Société de Biologie*, 20 février 1909.)

Nous ne mentionnons ces expériences que pour constater qu'elles sont négatives. Ainsi, des chiens nourris avec des cerveaux de lapins pendant de longs jours ont succombé aux inoculations dans la chambre antérieure de virus rabique fixe ou de virus rabique de rue.

EMPOISONNEMENT AIGU PAR L'ARSENIC.—(*Société de Biologie*, 20 février 1909.)

L'empoisonnement suraigu détermine chez le chien

quelques lésions du sang et du foie, que nous voulons retenir.

L'altération du sang consiste dans une diminution notable de la fibrine. L'altération du foie est complexe; elle est caractérisée par un état vitreux du protoplasma. Les cellules sont altérées, quelques-unes sont fusionnées. Certaines cellules ont de petites vacuoles, les noyaux ne sont pas modifiés, et les canaux biliaires sont intacts.

LE LIQUIDE CÉPHALO-RACHIDIEN DANS L'INSOLATION. — M. DUFOUR.

Dans un cas d'insolation survenu chez un jeune homme et caractérisé par de la céphalalgie, du méningisme et de la confusion mentale, la ponction lombaire pratiquée six jours après le début des accidents, donna lieu à l'écoulement d'un liquide hémorrhagique, sous forte pression. Une seconde ponction pratiquée à 5 jours d'intervalles, donna un liquide encore ambré; enfin, un liquide clair à la troisième. Au début, il y avait polynucléose légère, puis une lymphocytose qui diminua peu à peu.

Les ponctions lombaires ont eu une influence très heureuse sur la marche de la maladie.

LA MORT IMPRÉVUE DANS LA SCARLATINE. — (*Presse Médicale*, 24 février 1909.)

M. GOUGET et Mlle DECHAUX, dans un article très documenté, cherchent à expliquer ce qu'ils appellent la mort imprévue dans la scarlatine.

La scarlatine, plus que toutes les autres fièvres éruptives, à côté des formes communes et bénignes, présente ce

que, de tout temps, les médecins ont appelé des formes malignes.

Or, la malignité dans les maladies, est caractérisée par la déroute des forces vitales et une mort imminente. Elle a encore un autre caractère: c'est de succéder souvent et inopinément à des formes légères en apparence; d'où cette expression des anciens auteurs, que la malignité est un chien qui mord sans aboyer. Le mot: mort imprévue, employé par nos auteurs, doit être compris dans ce sens: que les accidents foudroyants et mortels qui surgissent dans les cas bénins en apparence ne sont pas précédés de signes qui permettent de les prévoir. Mais, s'il n'existe aucun signe, qui dans un cas particulier permette d'annoncer l'apparition des accidents formidables si fréquemment observés dans la scarlatine, le clinicien ne doit jamais perdre de vue que dans certaines maladies, au premier rang desquelles il faut placer la scarlatine et la diphtérie, les accidents les plus graves, suivis d'une mort rapide, font partie du processus morbide.

C'est dans ce sens-là, qu'il n'y a point de « mort imprévue » dans la scarlatine. Quant aux explications destinées à faire comprendre la pathogénie de cette maladie, elles sont absolument insuffisantes, et, en admettant de plus convaincantes, nous conserverons la qualité de malignité conservée dans la tradition.

Injections d'adrénaline et sérum athéromatogène.

M. Gouget (12 *mars*).

M. Gouget a soumis des lapins à des injections d'adrénaline en commençant par de très faibles doses (1/5 de goutte d'une solution au millième), progressivement ac-

crues. Il est arrivé à déterminer des lésions d'athérome de l'aorte chez les animaux ainsi traités, ce qui montre bien qu'il n'y a pas accoutumance à l'adrénaline.

De plus, et c'est là la partie intéressante de l'expérience, le sérum des animaux injectés s'est montré capable de déterminer des lésions d'athérome très prononcées chez des lapins qui ont reçu des injections intra-veineuses. Ce sérum recueilli de six jours à plus d'un mois après la dernière injection d'adrénaline, ne présentait plus, cependant, aucune trace d'adrénaline aux réactions les plus sensibles.

Dr P. JOUSSET.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX FRANCAIS

LE PNEUMOTHORAX CHIRURGICAL DANS LE TRAITEMENT DE LA PHTISIE PULMONAIRE (Méthode de Forlanini). — (*Bulletin médical*, M. DUMAREST.)

Sans suivre M. Dumarest sur le terrain des distinctions qu'il établit entre le tuberculeux et le phtisique, ce dernier étant considéré uniquement comme un porteur de cavernes, nous résumerons en quelques mots le long article qu'il consacre à la méthode de Forlanini, qui traite la phtisie pulmonaire par le pneumothorax chirurgical avec injection d'air ou d'azote dans la plèvre.

Cette méthode, d'une technique assez simple dans les cas où la plèvre est intacte ou à peu près, devient délicate

à appliquer lorsque l'enveloppe pulmonaire comporte des adhérences pariétales résistantes ou étendues. Elle demande alors de longs mois de patience avec le contrôle constant de la radioscopie. D'où la distinction à faire dans les indications du traitement. L'indication la plus nette est donc caractérisée par: la forme caséeuse et destructive des lésions, quel que soit leur degré, — l'unilatéralité des signes de *caséification* et leur début récent, — l'absence de complications pleurales et d'adhérences.

L'application est alors assez simple: avec l'aiguille spéciale autant que possible enfoncée entre le grand pectoral et le grand dorsal à 2 ou 3 centimètres de profondeur, on fait une première insufflation prudente de 150 à 200 centimètres de gaz. Puis après contrôle radioscopique, on réalise rapidement le pneumothorax total,en deux ou trois séances, espacées de quatre à cinq jours.

Le poumon est, dès lors, immobilisé, même un peu comprimé, et cet état de repos absolu amène la transformation du tissu pathologique en tissu cicatriciel.

Quant à l'influence du pneumothorax sur les organes voisins, elle se traduit par un déplacement marqué du cœur et de l'aorte s'il s'agit d'un pneumothorax gauche qui du reste, nécessite une progression plus lente, plus prudente; par un abaissement du diaphragme, pouvant donner lieu par refoulement de l'estomac à des malaises gastriques temporaires: intolérance, anorexie, ballonnement, vomissements mêmes, tous symptômes d'ailleurs fugaces.

Dans le cas d'adhérences pleurales, le pneumothorax chirurgical est encore indiqué, mais sa réalisation est plus difficile, très longue, parfois impossible. Il faut d'abord détruire les adhérences par de petites insufflations

répétées, et ce travail de destruction demande quelquefois des mois. Mais l'essai seul permet de juger de la possibilité de réduction des adhérences.

A l'appui de ces théories, M. Dumarest cite quelques observations typiques et intéressantes.

Enfin, comme autres indications du pneumothorax chirurgical, l'auteur cite l'*hémoptysie grave à répétition*, les cas de dilatation bronchique unilatérale de la base.

TRAITEMENT DE LA LÈPRE.—(*Société belge de dermatologie.*)

Les injections d'huile d'eucalyptol ont donné à M. Poirier, comme aux médecins de la léproserie de Molokein, des améliorations très notables dans la lèpre aussi bien dans la lèpre à forme nerveuse que dans la lèpre tuberculeuse. Les deux malades de M. Poirier recevaient l'huile d'eucalyptol en injections à 5 0/0. On a constaté de grandes améliorations des phénomènes nerveux et cutanés, ainsi que des régressions notables des lésions superficielles et profondes.

DEUX CAS DE GUÉRISON DE CIRRHOSE ALCOOLIQUE.

M. E. Hirtz a présenté, à la Société de thérapeutique (24 mars), ces deux observations de cirrhose guérie. Le compte rendu que nous en trouvons dans le *Bulletin Médical* (N° 20), étant fort écourté nous nous bornerons à mettre en lumière les agents thérapeutiques qui ont amené cette guérison.

Dans le premier cas, il s'agit d'une cirrhose alcoolique. à forme apthrophique. L'opothérapie employée sous forme d'extrait de foie n'a produit aucune amélioration, et c'est seulement sous l'influence d'une médication mercurielle,

au moyen des pilules bleues du Codex, que la guérison s'est produite, en quelques semaines, après de véritables débâcles urinaires.

Dans la seconde observation, il s'agit encore d'une cirrhose alcoolique mais à forme hypertrophique. Ici, l'opothérapie après avoir produit une amélioration assez prompte, resta tout à fait impuissante par la suite, et c'est encore sous l'influence des pilules bleues que la guérison se produisit assez rapidement et persiste depuis.

Les pilules bleues du Codex ne sont autres que du mercure métallique enrobées dans des conserves de rose et réglisse. Il n'est pas difficile de conclure que placé en présence de l'HCl de l'estomac, le mercure se transforme en chlorure de mercure et que la guérison, par les pilules bleues, se rattache facilement à l'action thérapeutique du calomel sur le foie, aussi bien chez l'homme que chez les animaux. Je rappellerai, en effet, que dans une série d'expériences, pratiquées au laboratoire de l'hôpital St-Jacques, mon petit-fils, le Dr Henri Jousset, a démontré que le calomel, administré au cobaye et au lapin, à doses fractionnées, détermine, chez ces animaux, les lésions de la cirrhose hépatique. Et, d'un autre côté, l'expérience clinique a produit des observations nombreuses de guérisons de cirrhose par l'action du calomel.

Le stridor congénital inspiratoire des jeunes enfants.

Cette affection décrite aussi par Variot sous le nom de cornage vestibulaire, se rencontre chez l'enfant et débute toujours aussitôt après la naissance. La lésion qui en est cause est congénitale et consiste en une malformation de l'épiglotte qui est repliée sur elle-même, rétrécit le vesti-

bule laryngien. Le cornage qui en résulte est uniquement inspiratoire, l'épiglotte se soulevant dans l'expiration.

On a discuté sur l'origine de la malformation que certains ont voulue consécutive à une hypertrophie thymique, cause première du cornage. Cette opinion est fausse, et il existe des cas où la radioscopie, l'autopsie ont montré l'absence d'hypertrophie thymique. Il s'agit donc bien de lésion congénitale, d'autant plus qu'elle coïncide souvent avec d'autres malformations, et revêt parfois un caractère familial.

Cette affection guérit spontanément avec l'accroissement normal du larynx.

La flore intestinale des typhoisants.

Il y a déjà plusieurs années que nous professons l'opinion de la transformation fréquente du bacillum coli en bacille d'Eberth. Et c'est cette transformation qui nous a permis de comprendre les épidémies de fièvre typhoïde survenant dans des lieux doués d'eau absolument pure et éloignés de tout centre populeux où régnait la fièvre typhoïde. Des corps de troupes absolument saines, ont vu, sous l'influence de la fatigue, par exemple, la fièvre typhoïde naître spontanément et constituer une véritable épidémie.

Ces épidémies, dont aujourd'hui nous possédons d'assez nombreuses histoires ne démontrent pas la spontanéité absolue de la maladie, si, par ce mot de spontanéité, on entend qu'elle se soit développée en l'absence de tout microbe pathogène, elles prouvent seulement que le bacille d'Eberth n'est pas nécessaire à sa pathogénie, et que le bacillum coli est susceptible de modifications qui le rapprochent et finissent par l'identifier avec le bacille d'Eberth;

il devient donc par ce processus microbe pathogène de la fièvre typhoïde.

Cette théorie, basée sur la clinique, reçoit une confirmation plus scientifique tirée des études de laboratoire de M. Rembaud et Mlle Rubinstein, qui ont examiné la flore intestinale de 37 typhoïsants. Ces examens leur ont montré dans l'intestin des typhoïsants, outre le bacille d'Eberth, le coli bacille et les paratypiques classés A et B, toute la série des formes intermédiaires allant du bacille d'Eberth au coli bacille et formant une gamme complète de bacilles paratyphiques impossibles à classer dans 2 ou 3 types. « Il semble qu'on saisisse sur le vif, dans l'intestin des malades atteints de fièvre typhoïde, cette transformation graduelle du bacille coli en bacille d'Eberth. »

L'ARYTHMIE CARDIAQUE ET LA D'ARSONVALISATION.

MM. E. DOUMER et G. LEMOINE ont systématiquement, depuis un an, soumis à la d'arsonvalisation tous les hypertendus présentant de l'arythmie cardiaque, les faux pas du cœur étant, d'après les physiologistes, liés à l'hypertension artérielle.

Et de fait, dans 6 cas où ces faux pas étaient fréquents, ils ont rapidement disparu complètement ou à peu près (un malade chez lequel il existait primitivement une intermittence sur 3 ou 4 battements, n'a pu en trouver qu'une sur 1.800 battements après quinze jours de traitement), en même temps que la tension artérielle était très abaissée. Etant donné ces résultats on peut même se demander si la médication cardio-tonique habituellement préconisée contre cette arythmie est bien rationnelle et s'il ne conviendrait pas plutôt de recourir à une médication hypotensive :

ce n'est pas le cœur qui est affaibli, c'est la résistance de la circulation périphérique qui est augmentée. (*Semaine médicale*, 23 juin.)

Les inhalations de chloroforme comme moyen de traitement de l'hémoptysie.

Peu satisfait des moyens usuels de traitement des hémorrhagies pulmonaires, M. le Dr J.-B. Fist, médecin en chef du sanatorium de la « Jewish Consumptives' Relief Society », à Edgewater (Colorado), a eu l'idée d'utiliser contre l'hémoptysie le chloroforme, qui répondrait à toutes les conditions requises d'un hémostatique idéal. L'action exercée par le chloroforme sur la circulation se traduirait, en effet, par une dépression des nerfs vaso-moteurs, déterminant un abaissement extraordinaire de la pression sanguine. Il s'ensuivrait un relâchement complet des vaisseaux, facilitant le passage du sang des artères dans le réseau capillaire et dans les veines. Le chloroforme produirait également un certain degré d'affaiblissement et de dilatation du cœur, ce qui contribue à augmenter encore la diminution de la tension sanguine. Il exercerait, en outre, une action sédative sur la respiration, en diminuant l'irrigation sanguine du centre respiratoire. Comme, d'autre part, le chloroforme détermine la coagulation du sang *in vitro*, il se peut que, dans un certain nombre de cas, ses effets hémostatiques soient encore favorisés par le contact direct de ses vapeurs avec la région qui est le siège de l'hémorrhagie.

Voici quelle est la manière de procéder adoptée par notre confrère : le patient étant à demi couché, on lui fait inhaler de 2 à 4 cc. de chloroforme versé sur un masque

à anesthésie ou sur un tampon de coton, maintenus près des narines du malade. Sous l'influence de ces inhalations, l'hémoptysie s'arrêterait en l'espace de cinq à dix minutes. Pendant les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent, le patient n'expectorerait plus que des caillots sanguinolents. Par mesure de précaution, on continue, quelque temps encore, à faire inhaler, toutes les heures, de XV à XX gouttes de chloroforme. On donne, en outre, toutes les quatre heures, du chlorure d'ammonium, associé à une petite dose de codéine. Le premier de ces médicaments a pour effet de favoriser l'expectoration et de prévenir ainsi une pneumonie par aspiration ; le second exerce une action sédative sur la toux. Il est bon également d'administrer, trois fois par jour, une cuillerée à café de sulfate de magnésie, afin d'éviter la stase et la résorption fécales, qui risqueraient d'exciter le centre vaso-moteur et d'élever la pression sanguine.

M. Fist a eu l'occasion d'expérimenter ce mode de traitement dans 19 cas d'hémoptysie, dont 2 pouvaient être considérés comme désespérés, et toujours il en a obtenu d'excellents résultats. Sans compter que le chloroforme agit d'une manière prompte et efficace, il présente, en outre, sur les moyens habituellement employés en pareille occurrence, l'avantage d'épargner le tube digestif. (*Semaine médicale*, 30 juin.)

Traitement des furoncles et des anthrax par la glycérine phéniquée.

On sait combien sont douloureuses les incisions des furoncles et des anthrax. Aussi M. le Dr A. O. Ward (de Londres) s'abstient-il systématiquement, en pareille oc-

currence, de toute intervention sanglante, préférant recourir au procédé très simple, qui lui a été enseigné par son maître, John Duncan (d'Edimbourg) et qui consiste en ceci :

On applique sur le furoncle ou l'anthrax un tampon d'ouate imbibée de glycérine phéniquée, que l'on recouvre de taffetas gommé, et l'on fixe le tout avec une bande. Aussitôt qu'il se montre du pus, on enlève doucement l'épithélium et l'on fait une nouvelle application du même topique. Puis, dès qu'il s'est formé une petite cavité, on y injecte quelques gouttes de glycérine phéniquée et on refait le pansement *ut supra*. Le bourbillon se détache généralement en l'espace de deux ou trois jours et, après une dernière application de glycérine phéniquée, la cavité ne tarde pas à se fermer sous un pansement simple et en ne laissant subsister qu'une cicatrice insignifiante.

Grâce à l'action déshydratante qu'elle exerce sur les tissus, la glycérine aurait pour effet de supprimer la tension des parties malades, et, partant, aussi la douleur occasionnée par cette tension. Il se peut que la glycérine simple se montre également efficace, mais, en tout cas, il n'y a pas lieu de craindre de se servir d'acide phénique, la glycérine paraissant en empêcher la résorption, probablement par déshydratation des tissus.

M. Ward, qui n'emploie pas, en pareil cas, d'autre moyen thérapeutique, n'a jamais vu un anthrax s'étendre, une fois le traitement en question institué. Dans un cas très grave, où il avait récemment été appelé en consultation. et où il s'agissait d'un anthrax siégeant entre les deux épaules et qui mesurait 15 centimètres de long sur 10 centimètres de large, le procédé dont il s'agit ne tarda pas à

arrêter la marche envahissante du processus morbide et à amener une guérison rapide. (*Semaine médicale*, 30 juin.)

La thiosinamine comme moyen de traitement du tabès.

Il y a cinq ans environ, M. le Dr G.-J. Müller (de Berlin) eut l'occasion de donner ses soins à un tabétique chez lequel la paralysie de la vessie se compliquait d'un rétrécissement calleux de l'urèthre, dont la dilatation présentait des difficultés considérables. Afin de faciliter cette dilatation, notre confrère eut recours à des injections de thiosinamine, qui exercent, comme on le sait, une action énergique sur les tissus fibreux et que l'on a, à ce titre, utilisées, avec succès, contre les rétrécissements cicatriciels de l'œsophage et du pylore, ainsi que contre le rhumatisme chronique avec raideurs et déformations des membres par fibrose péri-articulaire. Or, chose curieuse, sous l'influence de cette médication, M. Müller vit se produire une amélioration notable des crises vésicales, ainsi que la disparition complète des douleurs fulgurantes dans les membres inférieurs.

Depuis lors, notre confrère a expérimenté la thiosinamine d'une manière systématique dans 11 cas de tabès, en injectant, tous les deux jours et, chez quelques malades, tous les jours, 1 cc. de la solution suivante :

Thiosinamine	ââ 10	grammes
Glycérine		
Salicylate de soude	20	—
Eau distillée q. s. pour parfaire	100	—

Pratiquées dans l'épaisseur des muscles fessiers, ces injections sont presque complètement indolores et ne don-

nent lieu ni à la formation d'abcès, ni à des phénomènes d'intoxication.

A en juger d'après l'expérience de M. Müller, la thiosinamine permettrait de combattre efficacement certaines manifestations du tabès. C'est ainsi que, chez 5 malades sur 11, elle a amené la disparition complète des douleurs fulgurantes, et que les 6 autres patients — qui sont, du reste, encore en cours de traitement — ont déjà récupéré le sommeil. Dans un cas, le médicament en question a fait disparaître des crises gastriques accentuées ; chez un autre malade, il exerça le même effet sur les crises vésicales et rectales ; dans un troisième fait, on nota une amélioration des crises laryngées.

L'influence favorable du traitement se fit aussi sentir assez rapidement sur le fonctionnement de la vessie : l'ischurie paradoxale ne tarda pas à disparaître chez 6 malades et, dans tous les cas, la miction devint plus facile.

L'état général subit une amélioration considérable chez tous les patients ; ce résultat peut, toutefois, être simplement dû à la disparition des douleurs et au rétablissement du sommeil.

Quant à l'ataxie des extrémités inférieures, elle parut relativement peu influencée par la thiosinamine ; celle-ci resta complètement inefficace à l'égard des autres manifestations objectives pathognomoniques du tabès.

Quoi qu'il en soit, les résultats obtenus par notre confrère méritent d'autant plus d'être retenus qu'il s'agissait de malades vivant dans des conditions défectueuses et chez lesquels on ne pouvait avoir recours à aucune méthode thérapeutique adjuvante, telle que traitement de l'incoordination motrice d'après le procédé de Frenkel, etc.

Les effets obtenus chez les malades de M. Müller ne sau-

raient évidemment être atribués au salicylate de soude injecté concurremment avec la thiosinamine, d'abord parce que les doses de salicylate étaient trop minimes pour pouvoir exercer une action aussi énergique et, ensuite, parce qu'un certain nombre de malades avaient auparavant été traités par l'acide acétyl-salicylique et les préparations iodées, sans le moindre résultat. Au surplus, les effets du salicylate de soude avaient été intermittents, se manifestant immédiatement après chaque injection, tandis que, en l'espèce, l'amélioration se produisait d'une manière lente et progressive. (*Semaine médicale*, 26 mai.)

Les injections de scopolamine-morphine-éthyl-morphine contre les phénomènes douloureux dans les maladies chroniques et les névralgies rebelles.

Dans la séance du 28 janvier de la *Société de médecine interne de Vienne*, M. H. Schlesinger a fait connaître qu'il emploie depuis trois ans contre les phénomènes douloureux accompagnant les affections chroniques, surtout dans les cas de tumeurs malignes, telles que le cancer des vertèbres, et dans les névralgies graves et rebelles, la scopolamine associée à la morphine et au chlorhydrate d'éthyl-morphine. Il se sert d'une solution ainsi formulée :

Bromhydrate de scopolamine	0 gr. 0025
Chlorhydrate de morphine	0 gr. 20
Chlorhydrate d'éthyl-morphine	0 gr. 30
Eau distillée	10 gr. »

On injecte sous la peau le contenu d'une seringue de Pravaz de cette solution et l'on augmente la dose progressivement jusqu'à 2 seringues. Si les douleurs ne cessent

pas, on porte la quantité de scopolamine contenue dans ladite solution jusqu'à 0 gr. 004. L'orateur dit qu'il n'a jamais employée plus de 2 seringues de cette solution plus concentrée. On peut également injecter séparément une solution de scopolamine et une autre de chlorhydrate de morphine et de chlorhydrate d'éthylmorphine.

L'action analgésique de la solution ci-dessus formulée est très rapide : les douleurs disparaissent en général au bout de quelques minutes, ou tout au plus au bout d'un quart d'heure à une demi-heure. Il est à noter que cette médication ne provoque jamais cet état d'inconscience que donne la scopomorphinisation telle qu'on la pratique en chirurgie et en obstétrique : le malade conserve toute sa lucidité, sa mémoire reste intacte et il peut converser aisément ; parfois, mais très rarement, il survient un état de confusion transitoire, qui ne se répète pas d'ailleurs lors des injections ultérieures.

La solution de scopolamine, morphine et éthylmorphine, qui contient beaucoup moins de scopolamine que celle qu'on emploie en chirurgie et en obstétrique, a été utilisée quotidiennement dans de nombreux cas pendant des semaines et des mois sans provoquer de symptômes d'intoxication ; jamais les malades n'ont accusé de sécheresse de la bouche ni de troubles de la vue ou du cœur.

Plusieurs des malades ainsi traités avaient reçu déjà de grandes doses de morphine, de 0 gr. 20 à 0 gr. 30 par jour, sans être complètement satisfaits, tandis qu'avec la solution en question la quantité de morphine administrée fut non seulement abaissée sans aucun inconvénient à 1/10 des doses antérieures, mais encore les malades vantaient l'effet des injections. M. Schlesinger estime que l'on peut

utiliser ces injections même chez des cardiaques devenus morphinomanes.

M. Flesch dit avoir employé les injections de scopolamine-morphine contre les crises tabétiques et dans l'asthme bronchique avec les meilleurs résultats et avoir obtenu l'effet désiré en injectant des doses de morphine bien inférieures à celles que nécessite l'emploi de la morphine seule. (*Semaine médicale*, 3 février.)

Résection totale précoce des varices essentielles superficielles des membres inférieures.

Dans le n° 47 de la *Presse Médicale*, M. Alglave préconise fortement la résection des varices pour leur guérison; nous n'approuvons pas d'une manière générale, l'intervention chirurgicale dans ces cas ; la chirurgie nous a appris que l'usage de certains médicaments et de certaines eaux minérales, complété par l'usage habituel de bandes en caoutchouc, suffit à combattre la plupart des souffrances et des accidents qui accompagnent les varices non soignées. Nous signalerons, néanmoins, un cas dans lequel l'intervention chirurgicale est absolument légitime : je veux parler de l'ulcère variqueux, affection si rebelle, qui change en infirme l'organisme le plus vigoureux ; dans ce cas, on peut et on doit avoir recours à l'ablation des veines malades.

Quand et pourquoi il faut administrer le colchique.

M. Alfred Martinet dans le n° 61 de la *Presse Médicale* essaye de résoudre cette question. Après avoir constaté que le colchique a une action inhibitrice incontestable sur

les douleurs goutteuses et rhumatismales en sorte que quelques cliniciens ont voulu faire de ce médicament le spécifique de la goutte, ce médecin expose les différentes théories qui ont été proposées pour expliquer cette action thérapeutique.

Cette tentative d'explication de l'action thérapeutique du colchique repose uniquement sur la connaissance de quelques-unes des propriétés physiologiques du médicament, et de l'avis même de M. Martinet, aucune de ces théories ne résiste à un examen sérieux. Comment en serait-il autrement quand ce médecin avoue que « nous ignorons à peu près tout de son action thérapeutique intime, de même d'ailleurs que du mécanisme pathogénique de la goutte à laquelle elle s'applique ».

L'histoire des variations et des erreurs de la thérapeutique nous a appris depuis bien longtemps que vouloir expliquer l'action thérapeutique d'un médicament par son action *intime* sur l'organisme, c'est vouloir perdre son temps en conjectures plus ou moins séduisantes, mais toujours absolument fausses.

L'observation clinique et les expériences de laboratoire ont démontré que le médicament avait la propriété de modifier et quelquefois de guérir les symptômes qu'il a la propriété de développer dans un organisme sain. Cette formule n'a pas d'autres prétentions que d'exprimer un fait pathologique démontré par l'expérimentation en observation clinique ; elle ne dit pas que le médicament guérit un symptôme parce qu'il le produit, elle exprime seulement un fait : la propriété pour un médicament de guérir des symptômes qu'il peut produire sur l'homme sain.

Nous laissant guider par la doctrine thérapeutique que nous venons d'exposer, nous dirons que le colchique doit

être administré contre les attaques aiguës de la goutte d'abord parce que la clinique a démontré son efficacité et ensuite parce que le colchique produit chez l'homme sain quelques-uns des symptômes de la goutte.

TRAITEMENT DE L'ULCUS GASTRIQUE. — CLINIQUE DE L'HOPITAL SAINT-ANTOINE, par M. ALBERT MATHIEU. (*Bulletin médical, n° 56*).

Nous ne suivrons pas M. Albert Mathieu dans la description de la thérapeutique de l'ulcère simple de l'estomac. Ce traitement en somme se résume dans le régime lacté fractionné remplacé progressivement par le régime lacto-ovo-végétarien. Les médicaments employés ont surtout été le chlorure de calcium, la gélatine, et la morphine à dose extrêmement faible.

A l'occasion du travail de M. Mathieu, nous voulons seulement rappeler que les malades soumis à la thérapeutique homœopathique guérissent très vite avec un traitement fort simple qui consite le plus souvent dans l'administration du nitrate d'argent à la 6e dilution que l'on doit remplacer dans certains cas et suivant les indications par la noix vomique ou l'arsenic.

Le régime alimentaire a une importance considérable; les premiers jours il se composera de lait coupé d'eau par parties égales, administré toutes les deux heures à la dose de 4 ou 6 cuillerées à potage, avec 8 heures de repos pendant la nuit, ensuite vient le lait pur, plus ou moins sucré, puis les œufs, les potages et les purées.

Dans les cas graves et surtout quand l'affection a présenté des récidives, nous recommandons volontiers après la cessation des accidents le régime suivant proposé par M. Mathieu : viandes rouges grillées ou rôties, volailles

bouillies ou rôties, poisson de mer ou d'eau douce maigre, œufs, laitage, purée, salade cuite ou marmelades.

VARIETES

Vertigo a stomaco lœso. Traitement par les amers. — (*Bulletin médical*, 17 *mars* 1909.)

Le vertige dit *à stomaco lœso* est généralement un vertige lié à une lésion des canaux demi-circulaires et quelquefois à une infection du cervelet. Pourquoi l'appelle-t-on *a stomaco lœso*? Parce que la variété la plus fréquente de ce vertige s'accompagne de nausées et de vomissements. Persister à caractériser certains vertiges de l'épithète *a stomaco lœso* c'est consacrer une erreur clinique et faire preuve d'une ignorance profonde de la physiologie de cette portion de l'encéphale qui préside à la coordination des mouvements et à *l'équilibration*.

La valse, le mouvement de l'escarpolette, le tangage et le roulis et, pour certains sujets extra-sensibles, le simple mouvement de la voiture, suffisent à produire le vertige. Ce symptôme peut encore être causé par la vue de la neige qui tombe, par la répétition des mêmes images se succédant rapidement. Dans toutes ces circonstances, il est bien évident que c'est le cerveau qui subit les influences qui causent le vertige et non pas l'estomac. Et quant aux vomissements et autres symptômes gastriques qui peuvent accompagner le vertige, ils ont la même origine que les symptômes gastriques qu'on trouve dans les affections cérébrales les plus diverses et qui peuvent se manifester même après un simple traumatisme du cerveau.

Concluons donc, tout en conservant différentes variétés de vertiges, que tous sont d'origine cérébrale et que le *a stomaco lœso* est une irréelle formule, qui n'a plus aucun sens.

Quant au traitement *par les amers*, qu'est-ce que cela peut bien vouloir dire ? Les amers désignent une classe de substances, aussi nombreuses que variées dans leur nature. Quel rapport établir entre l'artichaut, la coloquinte et la noix vomique ! Dire qu'une maladie doit être traitée par les amers, c'est aujourd'hui dire un non-sens.

Nous aurions peut-être mieux fait de suivre notre première pensée et de passer cet article sous silence. Mais nous trouvons fâcheux, pour ne rien dire de plus, qu'un journal sérieux publie de semblables inepties, et nous le disons.

Dr P. JOUSSET.

A PROPOS DES DÉCLARATIONS DES MALADIES CONTAGIEUSES.

Les médecins subissent en ce moment une véritable persécution à propos de la déclaration obligatoire des maladies contagieuses ; les uns sont accusés de déclarations trop tardives, d'autres de déclarations insuffisantes ; ajoutons que fort heureusement la plupart, surtout dans les grandes villes et à Paris ne font aucune déclaration ; la caractéristique de cette sorte de guerre contre les médecins en ce-moment-ci est l'incompétence absolue du personnel qui doit trancher les questions les plus difficiles du diagnostic et de l'étiologie ; des préfets, des sous-préfets, des commissaires de police, des gendarmes décident que le médecin est blâmable de n'avoir pas reconnu un cas de fièvre typhoïde ou de l'avoir déclaré trop tard ; et bien que

grâce aux mesures prises par le médecin traitant la fièvre typhoïde ait été limitée à un cas unique, il n'en est pas moins coupable d'une déclaration tardive ; ainsi un certain nombre de nos confrères sont distraits et détournés de l'exercice de leur noble profession pour avoir à répondre les uns au commissaire central, les autres aux tribunaux.

L'indépendance traditionnelle de notre profession, indépendance qui lui a fait appliquer l'épithète de libérale, indépendance qui a déterminé la vocation de la plupart d'entre nous est menacée depuis l'avènement de certaines doctrines socialistes qui tendent à considérer chaque citoyen comme un simple rouage destiné à subir les engrenages de la machine dont il fait partie. Il y a 25 ans que nous protestons et que nous combattons ces tendances ; l'administration veut nous absorber ; voilà le danger : *caveant consules*. Que ceux de nos confrères qui,comme nous,sont décidés à conserver l'indépendance de leur position se tiennent en garde contre les influences qui les menacent.

Certes, nous ne refusons pas de prêter largement notre concours à l'administration pour la conservation de la santé publique et nous sommes disposés à prêter notre concours aux académies et aux conseils d'hygiène ; mais il ne nous convient pas d'être en rapports scientifiques avec les commissaires de police et les employés de l'administration. Nous sommes donc tout prêts à déclarer les cas de maladie contagieuse, mais à deux conditions : la première est le respect absolu du secret médical, la seconde, c'est que la déclaration soit faite à des académies ou à des sociétés d'hygiène.

Dr P. JOUSSET.

Le Propriétaire-Gérant : Dr P. JOUSSET.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone 704.19.*

L'ART MEDICAL

OCTOBRE 1909

MATIERE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE

Applications médicales du Radium

Sous ce titre, les *Archives générales de médecine* ont publié un numéro (1) tout entier, reproduisant une série de leçons faites au Muséum d'histoire naturelle (2), sous le patronage du professeur Perrier et sous la présidence du professeur Gaucher. Ces leçons ont concentré dans un espace de dix jours toutes nos connaissances actuelles sur ce médicament, encore au début de son emploi ; elles ont été faites par des spécialistes très qualifiés pour nous donner toute confiance dans leur enseignement.

Nous ne pouvons les reproduire *in extenso*, mais nous voudrions donner à nos lecteurs les parties les plus importantes au point de vue des doctrines médicales et au point de vue des résultats cliniques, que l'on est en droit d'espérer obtenir par ce nouveau mode de traitement.

Après une allocution du professeur Gaucher et une conférence sur la radio-activité de M. Matout, assistant au Mu-

(1) Numéro de juillet.
(2) Du 30 juin au 10 juillet.

séum, M. Dominici a exposé ce qu'il appelle *la physique médicale du radium* et le *traitement du cancer par le radium*. Ce sont ces leçons que nous commençons à résumer aujourd'hui. Les autres applications du radium seront passées en revue dans nos prochains numéros.

Les applications du radium s'exécutent actuellement en soumettant les tissus vivants à l'action du rayonnement des sels radifères, ou en y introduisant soit l'émanation, soit les sels de radium solubles ou insolubles, soit des corps divers mélangés à un sel de radium.

Le premier procédé est celui qui est le mieux étudié et c'est celui dont s'occupe particulièrement le D[r] Dominici.

APPAREILS. — Les différents appareils qui servent à la radiumthérapie sont de deux sortes, les uns à sel collé, les autres à sel libre.

Les appareils à sel collé sont des supports de toile ou de métal, à la surface desquels du sulfate de radium, broyé et pulvérisé, est étalé et maintenu au moyen d'un vernis spécial que l'on appelle le vernis de Danne.

Le sel est incorporé au vernis, soit pur, soit mélangé à du sulfate de baryum.

Les appareils à sel libre son constitués par un récipient creux contenant un sel de radium qui s'y trouve à l'état meuble.

Les *appareils à sel collé* ont les uns un support de toile les autres un support de métal.

Les appareils à sel collé sur toile se font remarquer par leur souplesse qui permet de les modeler sous des formes variées. De plus, les grains de sel de radium y font saillie, parce qu'ils sont enrobés par une couche de vernis, extrê-

mement mince, à l'encontre de ce qui existe pour les appareils à sel collé sur métal, où les grains de sulfate de radium sont enfouis dans une couche de vernis plus ou moins épaisse. D'autre part, ces derniers appareils sont rigides et possèdent, de ce fait, une conformation définitive.

Les appareils à sel collé sur métal ont l'aspect de disques, ou de lames quadrilatères; d'autres sont formés d'une tige terminée par une extrémité radifère, en forme de boule, de spatule lamelliforme, de cylindre court ou allongé.

Il ne faudrait pas confondre ces appareils cylindriques formés d'une tige métallique pleine saupoudrée de grains de sel de radium, à sa surface, avec les *appareils cylindriques à sel libre*, qui sont des ampoules de verre dont la cavité renferme du sulfate, du bromure ou du carbonate de radium, à l'état meuble.

Rayonnement. — Ces appareils, qu'ils soient à sel collé ou à sel libre, émettent un rayonnement.

Ce rayonnement est corpusculaire et vibratoire.

Il est corpusculaire en ce sens qu'il est formé de particules, matérielles, mobiles, électrisées, provenant de la dissociation de l'atome de radium en ses éléments primitifs.

Les grains de cette poussière d'atomes diffèrent les uns des autres par leur volume, la nature de leur charge électrique, la vitesse de translation.

Les uns, plus volumineux, chargés d'électricité positive, doués d'une vitesse de translation, relativement lente, constituent *les rayons* α ;

Les autres, plus petits et chargés d'électricité négative, animés d'une vitesse de translation considérable, constituent *les rayons* β.

Au double rayonnement corpusculaire formés par les α et les β, se joint un rayonnement d'un genre différent, *le rayonnement* γ, qui représente non plus la projection à travers l'espace de particules matérielles chargées d'électricité positive ou négative, mais la propagation d'un ébranlement de l'éther correspondant à la dissociation de l'atome de radium en corpuscules α et β.

En un mot, le rayonnement γ est un rayonnement ondulatoire provenant d'une perturbation de l'éther, et d'un genre tel que ses rayons ont été comparés aux rayons X provenant de l'ampoule de Crookes.

Mais les rayons γ diffèrent des rayons X parce que la puissance de pénétration de la plupart d'entre eux est supérieure à la puissance de pénétration de l'immense majorité des rayons X.

Au reste, si l'on classe les divers rayons du radium d'après leur puissance de pénétration, on donnera le premier rang aux γ, le dernier rang aux α ; quant aux β, ils se décomposent en β mous, à peine plus pénétrants que les α, en β durs, plus pénétrants que les β mous et moins pénétrants que la plupart des γ, et enfin des β intermédiaires.

Au moyen d'un écran d'aluminium de 3 ou 4/10 de mm. on arrête tous les α ; une lame de plomb de 2 mm. d'épaisseur arrête tous les α, l'immense majorité des β et une faible partie des γ ; ces derniers sont cependant capables, comme l'ont démontré les recherches de M. et Mme Curie de traverser des plaques de plomb de plus de 10 centim. d'épaisseur.

Tous ces rayons, quelque dissemblables qu'ils soient, ont une propriété commune, celle d'ioniser l'air, c'est-à-dire de décomposer les atomes de ses différents gaz en

ions électrisés positivement ou négativement ; en ionisant l'air, ils le rendent conducteur d'électricité et, par conséquent, ils déchargent les corps électrisés.

La rapidité de la décharge étant proportionnelle à l'intensité du rayonnement, on a pu mesurer cette intensité. Par comparaison à l'activité de l'uranium prise comme unité, l'activité du radium pur est égale à 2.000.000.

Pénétration des rayons. — Les appareils à sel collé ont une intensité variable suivant que le sel de radium est pur ou mélangé à du sel de baryum : ainsi un appareil supportant 1 centigramme de sel de radium est considéré comme ayant une activité de 2.000.000; s'il y a un quart de sel de radium pour trois quarts de sel de baryum, son activité n'est plus que de 500.000. Leur intensité variera aussi suivant la quantité de sel. L'activité variera aussi suivant qu'il s'agira de sel collé sur toile, ou collé sur métal ; lorsque le sel est collé sur toile, le vernis qui le maintient est peu épais ; lorsqu'il est collé sur métal, le sel est englobé dans la masse du vernis, qui se comporte comme un écran relativement épais.

Ainsi d'après les recherches faites à l'Ecole de physique et de chimie, 4 centimètres carrés d'un appareil à sel collé sur toile contenant 1 centigramme de sulfate de radium ont une activité totale de 460.000 ; tandis que 4 centimètres carrés d'un appareil collé sur métal, avec la même quantité de sel de radium n'ont qu'une activité de 68.000, soit une intensité à peu près 7 fois moindre.

Si l'on recherche ce qu'il se passe pour les deux appareils au point de vue des rayons α, β et γ, on verra que dans l'appareil métallique presque tous les rayons α et une grande partie des β mous sont absorbés par le vernis.

Il en est de même pour les ampoules de verre contenant le sel meuble : le verre absorbe presque complètement les rayons α et une grande partie des rayons β.

Les recherches entreprises sur l'absorption des rayons par les tissus vivants, montrent que, en se servant d'un appareil à sel collé sur le métal donnant 68.000 unités, après avoir traversé 2 millimètres de peau, le rayonnement tombe à 10.600 ; après avoir traversé 9 millimètres à 2.900. Ce qui est très curieux, c'est que si l'on se sert d'un appareil à sel collé sur la toile donnant 460.000 unités, les résultats sont identiques et à la profondeur de 2 et de 9 millimètres on trouve la même quantité de rayons que pour les appareils métalliques. La plupart des rayons α et β mous ont été absorbé par la partie superficielle des téguments.

En outre une partie des rayons est *diffusée*, c'est-à-dire qu'une partie des corpuscules dont se composent les rayons β rebondissent sur les trabécules solides des tissus, déviant ainsi de leur trajet primitif et finissent même par rebrousser chemin par une suite de ricochets.

M. Dominici a cherché à éviter l'absorption massive des rayons α et β doux qui s'absorbent au niveau des téguments dont ils provoquent l'irritation et l'altération. Pour cela, il a interposé entre les appareils et ces téguments des écrans en plomb d'une épaisseur variant de 5/10 de millimètre à quelques millimètres; ils pensait d'abord que ces écrans absorbaient les α, les β et la fraction des γ correspondant aux rayons X ordinaires et ne laissaient passer que les γ doués d'une extraordinaire puissance de pénétration. Des recherches de contrôle, faites sur la demande de M. Dominici, ont démontré qu'une fraction des β accompagnait les rayons qui avaient traversé les écrans de plomb.

On peut donc se servir des appareils de deux façons :

La première qu'il nomme *méthode du rayonnement composite* où l'on emploie les appareils après leur avoir fait subir un simple filtrage, qui supprime seulement les α et quelques β et γ ; ce filtrage s'obtient au moyen d'une gaine de baudruche ou de caoutchouc.

La seconde ou *méthode du rayonnement ultra-pénétrant* consiste à entourer les appareils de gaines de plomb, d'argent ou d'or d'une épaisseur minima de 4/10 de millimètre de manière à ne laisser passer que quelques rayons β et la fraction des γ dont la puissance de pénétration est supérieure à celle de la plupart des rayons X. On ajoute aussi des rondelles de papier qui servant à arrêter un rayonnement secondaire qui a été découvert par M. Soquet.

ACTION DU RAYONNEMENT SUR LES TISSUS NORMAUX. — L'action est différente suivant qu'on emploie le rayonnement composite ou qu'on ne se sert que du rayonnement ultra pénétrant.

Modifications de la peau du cobaye déterminées par le rayonnement composite. — Apposons à la peau d'un cobaye adulte en état de santé normale, un appareil à sel collé, rond, de 2 cm. de diamètre contenant 25 mg. de sulfate de radium d'activité 500.000, c'est-à-dire un peu plus de 6 mg. de sulfate de radium pur.

Supposons que l'appareil soit placé au même point 5 minutes tous les jours, pendant dix jours. Après ce laps de temps, la peau aura été irradiée dans la même zone pendant 50 minutes.

Dix jours après le début de l'expérience, la peau deviendra rouge ; vers la 3e semaine, se formera une érosion recouverte d'une croûtelle qui tombera entre la 4e et la 5e se-

maine, en laissant apparaître une cicatrice blanche où la peau est à la fois dépigmentée, dépilée, lisse, unie et souple.

Si l'on étudie les modifications de l'épiderme et de ses dérivés, d'une part, et du derme, de l'autre, on constate les faits suivants :

Epiderme et phanères. — Huit ou dix jours après le début de l'expérience, l'épiderme est le siège de lésions irritatives qui se caractérisent par des modifications de structure des cellules et de l'œdème intercellulaire. Les cellules épidermiques s'hypertrophient et l'hypertrophie porte à la fois sur le corps et le noyau qui devient plus ou moins irrégulier, pendant que s'épaississent les travées et les renflements chromatiniens et les nucléoles.

Vers le 15e ou le 20e jour, l'épiderme décollé se soulève et tombe, soit en totalité, soit en partie ; en même temps, les follicules pileux, les glandes sébacées et sudoripares subissent une dégénérescence granulo-pigmentaire qui aboutit à leur destruction.

Derme. Première phase. Régression embryonnaire. — Le derme est à la fois le siège d'une congestion intense et d'un début de transformation embryonnaire qui s'accentue à la phase qui suit immédiatement la période de cicatrisation

A cette période, c'est-à-dire de trente à quarante jours, après le début de l'expérience, le revêtement épidermique s'est reconstitué, tandis que les poils, les glandes sébacées et les glandes sudoripares sont à jamais détruits.

Quant au tissu conjonctif de la peau, il est modifié au point d'être devenu méconnaissable, car de l'état adulte, il est passé à l'état embryonnaire.

Je rappelle brièvement la structure des couches papillaire et sous-papillaire du derme normal.

Les couches papillaires et sous-papillaire et le derme sont formés de faisceaux conjonctifs et de réseaux de fibres élastiques abondants, s'entrecroisant suivant des obliquités diverses, en une trame lâche au niveau des couches papillaire et sous-papillaire, serrée au niveau du derme.

Les interstices des faisceaux conjonctifs sont occupés par des cellules fixes, atrophiées, clairsemées et isolées en apparence, réunies en réalité par des prolongements anastomotiques hyalins, réfractaires à toute coloration. Çà et là des trousseaux de fibres musculaires lisses traversent le champ conjonctif creusé de capillaires lymphatiques et parcouru par de petits vaisseaux sanguins.

Ces vaisseaux sont, les uns des capillaires constitués suivant la règle, par un canal endothélial entouré d'une couche adventicielle; les autres, des artérioles ou des veinules.

Artérioles et veinules sont formées, je le rappelle, par un tube endothélial continu, engaîné par des tuniques où se retrouvent des éléments identiques à ceux du derme, c'est-à-dire des faisceaux conjonctifs, des fibres élastiques, des cellules musculaires lisses, enfin des cellules fixes interstitielles plus ou moins atrophiées. Ces derniers éléments sont dans les tuniques vasculaires comme dans les portions intervasculaires du derme, les cellules fondamentales du tissu conjonctif.

Sous l'influence du radium, cette texture s'est métamorphosée : les faisceaux conjonctifs et les fibres élastiques ont presque complètement disparu et sont remplacées par d'innombrables cellules conjonctives fusiformes et ramifiées rapprochées les unes des autres et anastomosées en un réseau de mailles oblongues et étroites. Les éléments de ce ré-

seau ne sont autres que les cellules fixes qui se sont multipliées, après avoir subi une sorte de régression embryonnaire que caractérisent :

1° Un accroissement du protoplasma, grâce auquel les prolongements anastomotiques de ces cellules redeviennent visibles ;

2° Une hypertrophie du noyau plus marquée que celle du protoplasma ;

3° La prééminence colossale des cellules sur les éléments dérivés, le collagène et l'élastine, presque complètement résorbés.

Quant aux cellules musculaires lisses, elles acquièrent la même conformation que les cellules fixes avec lesquelles elles s'anastomosent et se confondent.

La régression embryonnaire gagne les parois des artérioles et des veinules qui ressemblent alors à d'énormes capillaires sanguins En effet, leur tunique s'est métamorphosée en un assemblage de cellules fixes étoilées ou fusiformes qui se continuent avec le réseau de cellules fixes intervasculaires d'une part, et se soudent, de l'autre, avec l'endothélium. L'endothélium acquiert la structure plasmodiale de l'état embryonnaire, en se conformant en une sorte de cylindre protoplasmique creux et continu, parsemé de noyaux volumineux.

Ces capillaires embryonnaires sont à la fois dilatés et en voie d'accroissement. Ils poussent des pointes vasculaires qui bourgeonnent activement.

En définitive, le tissu conjonctivo-vasculaire a acquis une structure à la fois embryonnaire et angiomateuse.

Mais c'est là un état transitoire auquel succède une phase de maturation au cours de laquelle le tissu embryonnaire redevient du tissu fibreux.

Période d'évolution fibromateuse ou fibreuse. — Dans une seconde phase, la dimension des cavités sanguines diminue, les capillaires se rétrécissent à ce point que leur cavité devient virtuelle. Certains d'entre eux se transforment même, par suite de la soudure de leurs parois, en sortes de cellules fusiformes pleines, placées bout à bout et qui semblent s'incorporer au réseau cellulaire conjonctif (deux ou trois mois après la dernière application).

Pendant ce temps, les cellules conjonctives anastomotiques commencent à perdre le caractère embryonnaire et élaborent des fibrilles conjonctives.

Le tissu conjonctif embryonnaire se transforme alors en une sorte de fibrome plan dont les cellules fixes conservent en de nombreux points une conformation comparable à celle du tissu conjonctif muqueux. Ainsi se produit peu à peu la cicatrice définitive, cicatrice qui n'a ni la structure du chorion de la peau normale, ni celle du tissu scléreux post-inflammatoire.

La texture en est différente de celle du chorion de la peau normale, parce que les faisceaux conjonctifs de nouvelle formation et les cellules qui les séparent se superposent régulièrement suivant des lignes parallèles à la surface du corps.

Cet agencement est autre que celui du chorion adulte de type régulier qui est un assemblage de faisceaux conjonctifs épais, entrecroisés dans tous les sens, et limitant les fissures où sont tapies de rares cellules fixes à orientation indéterminée.

La structure de la cicatrice diffère de celle du tissu scléreux post-inflammatoire par sa régularité, son uniformité,

l'absence d'anneaux fibreux périvasculaires et de vascularité oblitérant.

Elle est composée de faisceaux conjonctifs séparés par des fibroblastes allongés. Fibroblastes et faisceaux conjonctifs sont à la fois parallèles entre eux et à la surface de la peau.

Cette texture est comparable à celle du fibrome ; elle rappelle même celle du fibrome jeune, étant donnés la quantité, la conformation et les rapports des cellules conjonctives qui contribuent à former la cicatrice.

Les fibroblastes sont nombreux et leur masse l'emporte, en certains points, sur celle des faisceaux conjonctifs ; leur corps reste formé d'un chromoplasme plus ou moins épais contenant un noyau encore volumineux ; enfin leurs anastomoses continuent d'être visibles en de nombreux points ; mais empressons-nous d'ajouter qu'il ne s'agit là que d'une analogie. La néoplasie diffère du fibrome tumeur par deux caractères : 1° le tissu dont elle est formée n'excède, ni en surface ni en profondeur, les bornes assignées au tissu conjonctif normal ; 2° il se transforme peu à peu en tissu conjonctif fibreux, riche en élastine.

Six ou sept mois après le début de l'expérience, les cellules fixes se raréfient ; leur corps et leur noyau s'aplatissent pendant que leur chromoplasme disparaît pour muer en hyaloplasme ; les anastomoses qui les reliaient entre elles cessent d'être visibles ; les faisceaux conjonctifs séparant les couches de fibroblastes s'épaississent pendant que les fibres élastiques renaissent en proportions croissantes ; les portions du derme qui ont été soumises à l'influence du radium restent différentes de celles qui en ont été exemptes par l'alternance et l'orientation régulière des

faisceaux conjonctifs et des fibroblastes. Leur texture est semblable à celle d'un fibrome plan à faisceaux conjonctifs et à cellules stratifiées suivant un ordre régulier (1).

En résumé, en exposant pendant cinquante minutes la peau d'un cobaye au rayonnement intégral d'un appareil communément utilisé en thérapeutique, nous avons déterminé une destruction définitive des glandes annexes de la peau, une destruction temporaire et de courte durée de l'épiderme, une *réaction évolutive* de longue durée, mais temporaire du tissu conjonctivo-vasculaire, correspondant à deux phases : l'une, où le tissu du derme passe de l'état adulte à l'état embryonnaire ; l'autre, où le tissu revient de l'état embryonnaire à l'état adulte.

Si nous augmentons la durée de l'application du même appareil à la peau, nous constaterons une série de modifications allant de la production d'escarres superficielles à la production d'escarres profondes suivies de désordres définitifs et irrémédiables.

Après des applications de 10 à 14 heures, l'escarre atteint le derme. La réparation de la nécrose ne s'effectue qu'en trois ou quatre mois et est suivie de cicatrices irrégulières.

L'expérience pratiquée au niveau de l'oreille du lapin est suivie d'une perforation semblable à celle qui serait faite avec un emporte-pièce de la dimension de l'appareil ; si l'on prolongeait l'action du rayonnement au même

(1) Deux faits sont à noter en ce qui concerne la structure de cette néoplasie : 1° le tissu dont elle est formée n'excède pas en surface les bornes assignées au tissu conjonctif normal ; 2° les fibres élastiques sont formées, en proportions notables, en même temps que le collagène des faisceaux conjonctifs. Ces deux faits expliquent la régularité et la souplesse de la peau de la cicatrice consécutive à l'application.

point pendant 48 ou 72 heures, on provoquerait les lésions les plus graves, et telles qu'à la nécrose de la peau s'adjoindrait la dégénérescence des muscles, des tendons, des nerfs, des cartilages, des os, des ligaments, lésions qui seraient suivies de cicatrices vicieuses, de diastrophie incurable, telles que : l'atrophie musculaire, la rétraction tendineuse, des névrites indélébiles, des ankyloses articulaires, etc.

Action des rayons ultra-pénétrants. — Répétons les mêmes expériences en entourant l'appareil d'une gaîne de plomb de 5/10 de mm. d'épaisseur, en y ajoutant les écrans de papier et de caoutchouc. Après l'avoir appliqué pendant 50 minutes sur la peau, nous ne constaterons aucune modification appréciable, ni au point de vue thérapeutique ni au point de vue physiologique.

Abandonnons l'appareil, ainsi monté, pendant 14 heures, sur le tégument externe : il ne se produira aucune escarre de l'épiderme ni du derme ; nous provoquerons simplement de l'hypertrophie du noyau des cellules épidermiques, la chute temporaire du poil, de la congestion du derme, accompagnée d'un léger accroissement du volume du noyau et du protoplasma des cellules fixes.

Une application deux ou trois jours de durée, de l'appareil engaîné de plomb, de caoutchouc et de papier provoquera des modifications comparables à celles qu'il déterminait en une heure, alors qu'il était dépourvu des écrans précipités. Ces modifications se bornent tout au plus à la destruction superficielle et passagère de l'épiderme, à une réaction évolutive biphasée du tissu conjonctivo-vasculaire comportant les deux périodes de régression embryonnaire et d'évolution fibromateuse consécutive.

En superposant au crâne ou au rachis du lapin les mêmes appareils engainés d'une lame de plomb de 5/10 de mm. d'épaisseur, pendant (?) heures, on détermine la congestion et de minimes hémorrhagies des centres nerveux qui ne s'accompagnent d'aucun trouble fonctionnel appréciable.

Si l'on tient compte de la faible épaisseur des os du crâne des animaux d'expériences, on peut en conclure que le rayonnement ultrapénétrant utilisé dans ces conditions ne détermine aucune altération des éléments nobles du système nerveux. (Alquier et Faure-Beaulieu.)

L'expérimentation démontre donc d'une façon évidente et l'action altérante des rayons peu pénétrants et l'innocuité relative des rayons ultrapénétrants provenant des appareils d'usage courant en thérapeutique.

Toutefois, il faut noter que certains éléments vivants sont plus sensibles que d'autres à l'action de ce rayonnement.

Ainsi, il semble capable de provoquer, à distance, une régression au moins temporaire des ovules et des cellules séminales ; il altère plus facilement la peau de la région périnéale que celle du reste du corps ; il irrite et érode plus rapidement la muqueuse de l'utérus que celle du vagin.

D'après les recherches très intéressantes de MM. Pierre Delbet et Herrenschmidt, la muqueuse de l'estomac du chien, soumise pendant 24 heures au contact d'un appareil constitué par une ampoule de verre cylindrique, contenant 5 centigrammes de sulfate de radium, entourée d'un étui d'argent, à paroi mesurant 5/10 de mm. d'épaisseur, subit, après trois semaines, une nécrose accompagnée de réaction inflammatoire vive, fort bien étudiée par ces auteurs.

Toutefois dans ces expériences, on n'a pas séparé le rayonnement ultrapénétrant du rayonnement secondaire

qui l'accompagne, et que j'arrête, pour la plupart des applications thérapeutiques, au moyen de gaînes de caoutchouc, de papier ou de gaze.

Il en résulte que les travaux importants auxquels je fais allusion relatent les effets du rayonnement secondaire qui est très altérant, du rayonnement ultrapénétrant qui l'est beaucoup moins, effets qui seront analysés dans les recherches ultérieures de MM. Delbet et Herrenschmidt.

En définitive, en superposant aux appareils radifères des écrans métalliques, en interceptant le rayonnement secondaire issu de ces écrans, on conserve le rayonnement doué de propriétés curatives puissantes dont on peut tirer parti sans danger pour les tissus normaux, en en réglant l'usage d'une façon méthodique.

Nous avons cité *in extenso*, tout le passage qui avait rapport à l'action du radium sur les tissus, car pour nous c'est là une sorte de pathogénésie de ce médicament.

(*La suite au prochain numéro.*)

Dr MARC JOUSSET.

VENINS DES LÉPIDOPTÈRES

Parmi les lépidoptères, la chenille processionnaire, que Farrington classe avec les hémiptères, fournit, seule, une substance thérapeutique que nous étudions ci-dessous.

BOMBYX PROCESSIONNEA
(Chenille processionnaire)

Bibliographie

FARRINGTON. *A clinical Materia medica.* Philadelphie, 1887.
O. VON LINSTOW. *Die Giftthiere und ihre Wirkung auf den Menschen* (Berlin 1894).
R. KOBERT. *Lehrbuch der Intoxicationen.* Stuttgart, 1906.

A.-H. Nicolai. *Die Wander-oder Processionsrang* (Berlin, 1833).
W. Schwabe. *Pharmacopoea homœopathica polyglotta.* Leipzig, 1880.
Trousseau et Pidoux. *Traité de Thérapeutique.* Paris, 1875.

Le contact avec une chenille ou les émanations provenant d'un nid de chenilles, provoquent une irritation intense et une éruption papuleuse, plus ou moins confluente, qui persistent plusieurs jours et s'accompagnent de démangeaisons excessivement vives. Parfois l'éruption est linéaire, plus marquée au voisinage des articulations.

Sensation comme d'un corps étranger sous la peau. Démangeaisons générales, que rien ne soulage. Chaleur brûlante de la peau. Lorsque le nombre des chenilles est très grand, la douleur peut être si forte, qu'elle entraîne fièvre, somnolence et délire.

On a attribué ces inconvénients aux poils de la chenille. En réalité, le plus souvent, hommes et animaux n'arrivent pas en contact avec ces poils. Il s'agit, au contraire, d'une poussière fine, brun-rougeâtre, sécrétée par des verrues de l'animal, se rassemblant en masse dans le nid, et répandue dans l'air par un coup de vent, d'où elle se dépose sur la peau. Sur la peau sèche cette poussière ne persiste pas; elle n'agit donc qu'autant qu'elle est collée contre la peau humide. Cette poussière peut même provoquer une inflammation de la muqueuse de la bouche, du pharynx, de l'œsophage et de l'estomac, parfois une violente inflammation des conjonctives, de l'érysipèle des paupières, de la blennorrhée, de la toux, du catarrhe laryngé, voire de la fluxion de poitrine et des inflammations aux parties génitales.

D'après Nicolaï, cette poussière examinée sous le microscope, consiste en fuseaux très fins, effilés et pointus,

surnageant sur l'eau et insolubles dans l'alcool. On a prétendu qu'ils étaient de l'acide formique cristallisé, ce qui est une erreur, attendu que l'acide formique ne cristallise qu'à l'état anhydre. Manifestement l'action de cette poussière n'est pas chimico-toxique, mais simplement mécaniquement irritante. D'après Kobert, les poils de la chenille contiendrait néanmoins de l'acide formique, et, peut-être un venin cantharidique provenant de l'urine de l'animal

« C'est nous, disent Trousseau et Pidoux, qui avons introduit dans la matière médicale, cet agent thérapeutique. » Ils proposaient de l'appliquer « pour rappeler une éruption cutanée disparue par délitescence (rougeole, scarlatine, érysipèle) lorsque, dans une maladie, les forces sont très concentrées à l'intérieur, et que le sang a abandonné la périphérie ». C'était, en somme, une révulsion.

Il ne semble pas que le patronage de Trousseau et Pidoux ai tporté grande chance au médicament tiré de ce lépidoptère. En allothérapie il est, aujourd'hui, complètement abandonné. Les homœopathes ne l'emploient que très rarement, contre l'*urticaire*, aux basses dilutions faites d'après une teinture-mère qu'on prépare avec les chenilles écrasées vivantes.

TRACHINUS DRACO ET TRACHINUS-VIPERA
(Dragon de mer et dragon-vipère)

Bibliographie

BASSOMPIÈRE et SCHNEIDER *Empoisonnement par Trachinus*. Archives de médecine militaire, 1899.

BOTTARD. *Les poissons venimeux*. Paris 1889.

CARTIER. *The universal homœopathic Annal*. Paris 1895.

J.-H. CLARKE. *A. Dictionary of pratical Materia medica*. Londres, 1900.

J. DUNBAR-BRUNTON. *Trachimus et scorpènes*. The Lancet, 1896.

R. Kobert. *Lehrbuch der Intoxicationen*. Stuttgart, 1906.
O. von Linstow. *Die Giftthiere und hire Wirkung auf den Menschen*. Berlin, 1894.

I. — Généralités

Le dragon de mer vit dans la Méditerranée, sur les côtes d'Europe et sur la côte occidentale d'Afrique. Le dragon-vipère se rencontre sur les côtes d'Angleterre, d'Allemagne et de Hollande.

L'action toxique des deux poissons est la même, et s'opère par les piqûres des nageoires. Nous les réunissons dans une même description.

II. — Action toxique

Les recherches les plus récentes sont de Dunbar-Brunton. D'après cet auteur, le venin est facilement décomposable. Il est surtout plus abondamment sécrété au moment du frais, plus actif chez le mâle que chez la femme, et se présente sous forme d'un liquide clair, transparent, légèrement acide. Injecté sous la peau d'un cobaye, il détermine une action locale et une action générale. Localement, au siège de l'injection, il provoque, aux alentours, de l'inflammation allant souvent jusqu'à la nécrose. L'action générale consiste en paralysies et collapsus. Suivant la quantité de venin injecté, la mort survint entre une et seize heures.

Pohl a fait des expériences avec du venin de trachinus de la mer Adriatique : de petits poissons de mer, des rats et des grenouilles succombèrent à une paralysie du muscle cardiaque.

Chez l'homme, la piqûre produit des plaies douloureuses qui se tuméfient rapidement, et engendrent de la lymphangite. L'inflammation locale est très vive, s'accompagnant d'œdème et de gangrène ; les symptômes généraux se tra-

duisent par douleurs fulgurantes, sensation de suffocation et délire. La mort survient par coma. Eventuellement, il faut plusieurs semaines pour la guérison.

D'après Birot et d'après Kyes, le venin de trachinus n'est pas par lui-même hémolytique; mais il acquierait cette propriété lorsqu'on le traite par la lécithine.

Bollard rapporte qu'un médecin âgé de 43 ans, se piqua, en pêchant, à l'index gauche, avec la nageoire d'un trachinus-vipère. Immédiatement il éprouva une très vive douleur, la plaie saigna. Après deux à trois minutes, les douleurs devinrent extraordinairement violentes, et bientôt intolérables, au point que le blessé perdit conscience et voulut se précipiter par la fenêtre. Instantanément le doigt gonfla ; puis survint une tuméfaction des autres doigts, suivie d'un gonflement de la main et de l'avant-bras, le tout en un quart d'heure. La plaie était entourée d'une petite aréole rouge. Le lendemain, la douleur avait presque disparu ; mais dans la nuit du quatrième au cinquième jour, survinrent, à nouveau de vives douleurs accompagnées de fièvre, il se produisit une inflammation suppurative très intense ; le dixième jour, il fallut faire de profondes incisions qu'on dût renouveler le douzième et le quinzième jour ; le dernier jour, survint une syncope qui dura un quart d'heure. Toute la moitié gauche du corps, surtout la face, se couvrit de tâches rouges; le sommeil ne pouvait être obtenu qu'au moyen de chloral; les douleurs devinrent de plus en plus intenses, et une escarre gangréneuse, qui ne tomba qu'après deux mois et demi, répandait une odeur insupportable. Après la chute de l'escarre, la guérison s'opéra en huit jours ; le doigt était atrophié et la première phalange ankylosée.

Le traitement exige le cautère, actuel ou potentiel, le pan-

sement au permanganate de potasse et l'administration de calmants. D'après certains auteurs, l'application d'ammoniaque liquide sur la plaie neutraliserait le venin.

III. — Pathogénésie

Symptômes généraux. — Gonflement de tout le corps, allant du bras blessé à la tête et à la poitrine. Douleur piquante, brûlante, pulsative, augmentant avec une intensité intolérable pendant une heure, puis diminuant.

Moral. Délire; hydrophobie ; anxiété ; crainte de la mort.

Tête. Vertige; violente céphalalgie.

Estomac. Soif ardente ; nausées ; vomissements bilieux verts.

Respiration. Accès de suffocation.

Cœur. Palpitations.

Peau. Le corps tout entier prend une coloration vert-jaunâtre. Pustules gangréneuses aux bras.

Sommeil. Insomnie.

Fièvre. Constante avec pouls irrégulier. Sueur froide visqueuse.

IV. — Thérapeutique et clinique

Caractéristiques sont les douleurs intolérables, la tuméfaction de la partie lésée, parfois gangrène, fièvre, délire et symptômes d'hydrophobie.

Les applications thérapeutiques sont : *asthme*, *névralgie*, *ulcères*, *empoisonnement du sang.*

V. — Mode d'emploi et doses

Trituration avec les nageoires. Usage : 3e trituration centésimale.

VENINS DES ECHINODERMES.

Le thérapeutique ne tire qu'un seul médicament du venin fourni par cette classe.

ASTERIAS RUBENS
(Etoile de Mer.)

Bibliographie.

T. F. ALLEN. *A Handbook of Materia medica*. Philadelphie, 1889.

J.-H. CLARKE. *A Dictionary of pratical Materia medica*. Londres, 1900.

ECALLE-DELPECH et PEUVRIER. *Pharmacopée homœpathique française*. Paris, 1889.

R. HUGHES. *A Manual of Pharmacodynamies*. Londres, 1889.

R. KOBERT. *Lehrbuch der Intoxicationen*. Stuttgart, 1906.

O. v. LINSTOW. *Die Giftthiere und ihre Wirkung auf den Menschen*. Berlin, 1894.

PÉTROZ. *American Provinces de Matcalf*.

TESTE. *Systématisation de la Matière médicale*. Paris, 1853.

I. — GÉNÉRALITÉS.

Cet échinoderme se trouve très communément sur les côtes de France. Il se nourrit de moules qu'il saisit avec ses tentacules, pour laisser pénétrer entre les deux coquilles du mollusque un liquide toxique qui paralyse et tue ce dernier.

Kobert nous fait remarquer que l'empoisonnement par *Asterias* est exactement semblable à l'intoxication par les moules. Nous décrirons cette dernière qui est plus connue, et nous tâcherons d'en déduire la manière dont s'effectue, chez l'homme, l'empoisonnement par les moules.

II. — ACTION TOXIQUE.

On distingue trois formes d'empoisonnement par les moules :

1. *Forme érythémateuse*. Il se produit un érythème diffus, exsudatif, avec urticaire, accompagné d'angine et de dyspnée.

2. *Forme gastrique, cholériforme*. Il suivient 10 à 12 heures après la consommation des moules, de la diarrhée et des vomissements qui durent pendant 24 à 36 heures. Comme dans la forme précédente, le pronostic est favorable.

3. *Forme paralytique*. Sensation de constriction à la gorge ; dents allongées, comme si l'on avait mordu dans une pomme verte ; brûlement et picotement aux mains et aux pieds ; sensation de légèreté du corps : les malades se croient capables de voler, ils sont dans un certain état d'ébriété ou d'étourdissement ; pas de douleurs abdominales, ni de diarrhée ; pupilles dilatées et incapables de réaction (mydriase) ; constriction de la poitrine ; pouls accéléré (80 à 90 à la minute) ; difficulté de la parole ; faiblesse musculaire ; chancellements ; vertige ; froid ; sensation de suffocation ; raideur des jambes ; érythème ; malaise ; vomissements ; sueurs froides ; paralysie ; la conscience persiste jusqu'à la fin. La mort, qui suivient entre 3/4 d'heure et 5 heures, après la consommation des moules empoisonnées, pendant un sommeil tranquille, est une suite de paralysie des centres moteurs.

A l'autopsie, on trouve la muqueuse gastrique recouverte d'un enduit de mucus visqueux ; l'estomac est rouge et enflammé ; la muqueuse est fortement tuméfiée ; dans l'estomac et les intestins se rencontrent des fragments de moules ; dans la partie supérieure de l'intestin grêle, d'épaisses masses de mucosités mêlées à d'abondants débris épithéliaux ; la partie supérieure de l'intestin grêle est épaissie et fortement hyperhémiée ; sa muqueuse très

tuméfiée et rouge ; il existe de l'inflammation d'intestin ; foie parsemé d'infarctus hémorrhagiques ou de taches en forme de plaques ; le rein présente une vive hyperhémie des glomérules et des vaisseaux intertubulaires abondamment remplis de sang ; rate très tuméfiée ; parenchyme splénique hyperplasié avec fort gonflement des follicules (longs de 20 centimètres, larges de 12 centimètres, épais de 5 centimètres) ; poumons très hyperhémiés , parfois œdématiés ; muqueuse bronchique rouge clair ; cœur flasque avec très peu de sang ; vaisseaux cérébraux et méninges fortement gonflés de sang ; au cœur, aux poumons, et dans les sinus de la dure-mère, le sang est foncé et fluide, réagissant promptement par coloration artérielle et veineuse, par apport et emprisonnement d'air ; forte raideur cadavérique. Il s'agit donc avant tout, d'une mort par suffocation.

Le traitement de cet empoisonnement, demande d'abord l'éloignement de la substance toxique (vomitifs, purgatifs, au besoin pompe stomacale), puis vin, potion à l'éther ou au camphre, pour maintenir les forces. Si les moules contiennent du cuivre, il faut administrer de l'eau albumineuse avec du fer réduit par l'hydrogène.

Si à propos d'*Astérias rubens*, nous avons parlé de l'empoisonnement par les moules, c'est que nous croyons que le plus souvent, cet empoisonnement est déterminé par des moules elles-mêmes intoxiquées par *Asterias*. On se rappelle en effet que cet échinoderme se nourrit de moules ; il suffit d'un seul mollusque échappé à la voracité de l'échinoderme après intoxication, puis livré à la consommation, pour provoquer les accidents graves dont il vient d'être question, d'autant, nous le répétons, que les symptômes, dans les deux cas, sont absolument identiques ; il ne fau-

drait peut-être pas rechercher ailleurs que dans ce phénomène, la cause d'empoisonnement par les moules, voire par les huîtres.

III. — Pathogénésie.

Symptômes généraux. Désir d'être à l'air libre, anxiété et impatience, dans l'appartement. Difficulté à garder le silence. Peu d'aptitude au travail. Malaise, lassitude diminués au repos. Malaise après le repas du soir, avec chaleur de la peau, fréquence et plénitude du pouls. Lassitude par la chaleur, spécialement par la chaleur du lit. Symptômes aggravés pendant la seconde partie de la journée, particulièrement dans la soirée.

Moral. Anxiété, appréhension, impatience ; excitation par émotion, surtout par contradiction. Gaieté insolite dans la soirée. Mélancolie alternant avec excitation cérébrale. Tendance à mordre. Tendance à renoncer à tout travail intellectuel ou physique, à marcher ou à entreprendre un exercice violent. Pleurs et désespoir, puis accalmie. Troubles de l'entendement avec débilité générale.

Tête. Vertige passager en marchant, avec insensibilité des membres supérieurs. Chaleur à la tête, comme si elle était entourée d'air chaud. Soudaine sensation de congestion. Afflux de sang à la tête comme si elle allait éclater. Sensation de confusion. Le sujet est réveillé, comme si des chocs électriques traversaient son cerveau ; il redoute l'apoplexie. Congestion cérébrale accompagnée de constipation obstinée. Vive pression du front semblant surplomber les yeux d'un poids pesant.

Douleur perforante à l'œil gauche, apparaisant et disparaissant subitement, causant une contraction des sourcils avec vision troublée. Douleur au-dessus des yeux. Ti-

raillements au front, aux tempes et surtout à l'occiput. Douleur au vertex, comme si le crâne était brisé.

Yeux. Taches sanguines. Vue fatiguée. Douleur allant du dedans au dehors. Chaleur. Globe oculaire renversé. Paupières retournées en dedans avec rougeur des bords libres.

Oreilles. Douleurs lacinantes dans le méat auditif. Picotements, bruits dans les oreilles ; douleurs d'oreilles comme par ondées, Dureté de l'ouie, surtout à droite.

Nez. Eternuements le matin au réveil. Epistaxis.

Face. Rouge et tuméfiée. Expression de stupidité.

Bouche. Langue enflée. Douleur d'arrachement à la langue ; langage lourd ; salivation abondante.

Gorge. Irritation et pression, douleur sourde le long de l'œsophage.

Estomac. Pas d'appétit, ou appétit bizarre ; goût obtus.

Fréquentes éructations ; douleur sourde ou pressive à la région précordiale.

Abdomen. Coups et douleurs sourdes dans le côté droit de l'abdomen et près de l'ombilic. Gaz incarcérés. Violentes coliques en même temps que frissons alternant avec afflux sanguin à la face. Tiraillement dans les parois abdominales.

Constipation opiniâtre, (12 à 15 jours sans garde-robe), avec besoin pressant, sans résultat d'aller à la garde-robe. Défécation de cyballes.

Diarrhée liquide, brunâtre, évacuée avec force.

Chaleur au rectum, hémorrhoïdes.

Organes urinaires. Besoin fréquent d'uriner et urine plus abondante. Urine claire, aqueuse, ou bien épaisse et muqueuse ; douleur dans l'urèthre pendant le passage de l'urine.

Organes sexuels masculins. Appétit vénérien augmenté ; pensées érotiques. Erections fréquentes pendant le sommeil ou le matin.

Organes sexuels féminins. Tiraillements dans l'utérus. Sensation de poussée dans l'utérus, comme si les règles voulaient apparaître. Sensation de pression sur les organes du bas ventre. Humidité insolite du vagin produisant une sensation de bien-être.

Règles en retard malgré les coliques habituelles qui ne cessent qu'avec l'apparition de règles profuses.

Excitation de l'instinct sexuel, chaque matin, au lit. Violent et constant désir, avec agitation nerveuse et crainte de ne pouvoir supporter les sensations pénibles.

Douleurs lancinantes dans les seins. Induration et ulcération. Gonflement des seins comme si les règles allaient apparaître.

Taches et démangeaisons aux seins. Eruption miliaire ou furfuracée entre les deux seins.

Thorax. Douleurs dans tout le côté gauche aggravées par mouvement.

Douleur lancinante dans la partie interne de la poitrine, venant de la partie postérieure, s'étendant sous le mamelon gauche, tout le long de la partie interne du bras à l'extrémité du petit doigt.

Douleur sous le sternum. Anxiété nocturne causée par battements en ondulations dans la poitrine.

Cœur. Palpitations. Pouls dur et fréquent. Battements cardiaques violents, fréquents et fouettants.

Dos. Douleur tiraillante au sacrum.

Membres supérieurs. Glandes axillaires tuméfies, dures avec nodosités. Malaise. Douleur s'étendant du pouce à l'articulation de l'épaule. Engourdissement des mains avec

refroidissement des bras. Douleur lancinante au coude gauche.

Vives démangeaisons autour de l'ongle du pouce gauche.

Membres inférieurs. Lassitude et grande pesanteur. Douleur dans la hanche gauche. Picotements douloureux au grand trochanter et à l'articulation coxo-fémorale gauches. Picotements au genou.

Douleur dans les jointures du pied. Elancements douloureux à la plante du pied. Douleurs goutteuses.

Peau. Démangeaisons. Dartres. Ulcères à bords sensibles avec suppuration fétide. Acné punctata. Peau sèche, sèche à coloration terreuse.

IV. — THÉRAPEUTIQUE.

Ce médicament, dont ne se sert pas l'Ecole allothérapique, quoique Hippocrate déjà l'ait employé contre les affections utérines, et que l'Ecole homéothérapique à relégué au second plan, possède cependant une importance qui ne justifie pas cet oubli. Caractérisé par les aggravations nocturnes, les douleurs au froid et par le temps humide et son application aux constitutions hymphatiques, il est, par Teste, classé dans le groupe *Sulfur.*

Petroz a dit : « L'expérimentation sur l'homme sain détermine volontiers, et souvent avec profusion, des symptômes indiquant des troubles fonctionnels ; mais ils ne vont jamais jusqu'à l'altération des tissus, et fournissent même rarement les premières indications à ce point de vue. » Et Richard Hughes ajoute : « Les symptômes cutanés seuls sont bien tranchés, et ils ont conduit à son emploi dans l'ulcération chronique, même de nature cancéreuse, et cela avec succès. »

Il ne semble pas cependant que sa sphère soit à ce point limitée. *Astérias rubens* exerce une action explicite sur les organes génitaux, spécialement sur l'appareil sexuel féminin, et certaines névroses qui sont sous la dépendance de cet appareil paraissent justifier son indication. De même en sera-t-il de certaines affections de l'appareil circulatoire.

Ce médicament est antidoté par *Plumbum* et par *Zincum*.

V. — Clinique.

Acné, démangeaisons, cancer, ulcères.

Constipation, salivation.

Congestion cérébrale, apoplexie, paralysie linguale.

Céphalalgie, convulsions, hystérie, épilepsie, chorée.

Glandes tuméfiées.

Affections utérines, surtout *désordres menstruels.*

Angine de poitrine.

VI. — Méthode d'emploi et doses.

Teinture-mère avec l'animal entier vivant.

Trituration avec l'animal entier desséché et pulvérisé.

Les basses et moyennes atténuations sont principalement usitées.

Dr G. Sieffert.

THERAPEUTIQUE

Action du chlorure de calcium sur les albuminuries

Il y a dix mois environ, le fils d'un de mes amis âgé de 13 ans, fut pris, à la suite d'une angine phlegmoneuse, d'une néphrite aiguë très grave : oligurie, urines couleur groseille, contenant du sang et de l'hémoglobine dissoute,

œdème des jambes, albumine en quantité notable, cylindres granuleux et cylindres hématiques ; pronostic grave ; l'état ne s'améliorant pas au bout de quelques jours, malgré le *sérum d'anguille* (3/10) et *cantharis* (3/10) et malgré le régime lacté, le prof. Chauffard fut appelé en consultation. Il jugea l'état très grave, presque désespéré et conseilla l'emploi d'une solution de chlorure de calcium 1 gr. pour 300 gr. d'eau, trois cuillerées par jour ; la continuation du régime. Sous l'influence de ce traitement, il survint une amélioration assez rapide et, au bout de six semaines l'albumine avait complètement disparu, l'enfant pouvait être considéré comme guéri ; cette guérison persiste et l'enfant continue à se très bien porter ; il a fait au mois d'août une cure à Evian.

A la suite de ce cas favorable, j'ai fait des recherches sur l'emploi du chlorure de calcium et j'ai trouvé un article du Dr Rénon (1) dont je reproduis quelques passages.

En 1905, MM. Wright et Ross ont montré les bons effets du chlorure de calcium dans les albuminuries physiologiques, et, au début de cette année, M. Iscovesco a noté une diminution importante de la quantité d'albumine chez les brightiques, à la suite d'ingestion de doses de 20 à 75 centigrammes de chlorure de calcium. M. Netter, dans de nombreux et très intéressants travaux sur l'importance biologique du calcium, a fait des remarques analogues et a obtenu, depuis longtemps, de bons résultats de l'administration du chlorure et du lactate de calcium dans les néphrites, et particulièrement dans les néphrites aiguës.

Depuis le mois de mars dernier, j'ai utilisé cette action du chlorure de calcium dans les albuminuries, qu'elle qu'en fût la cause, et j'ai été très surpris de l'effet puissant de

(1) *Journal des praticiens*, 23 nov. 1907.

cette médication. Dans la moitié des cas, j'ai observé une diminution très notable de l'albumine, et, dans un quart des cas, une disparition complète de celle-ci, sans modifier le régime alimentaire des malades, et sans les arrêter dans leurs occupations, alors que la diététique la plus sévère et le repos même absolu n'avaient pu jusque-là venir à bout de la ténacité de l'affection. Dans un quart des cas, le chlorure de calcium n'a eu aucune action ; dans quelques rares cas, il a même augmenté beaucoup la quantité d'albumine.

L'énumération rapide de quelques faits précisera mieux encore l'importance de ces résultats.

Une jeune fille de 15 ans, traitée depuis trois ans pour une albuminurie continue, à type orthostatique, sous la dépendance certaine de la débilité rénale héréditaire de M. Castaigne, a vu disparaître définitivement depuis quatre mois et demi, après vingt-cinq jours d'une médication quotidienne par 0,40 centigr. de chlorure de calcium, cette albuminurie qui avait résisté à tous les traitement. L'albumine oscillait de 0,10 à 0,30 centigrammes le matin, et de 0,40 centigr. à un gramme le soir.

Une jeune femme de 32 ans, mère de quatre enfants, avait eu, à la suite de ses premières grossesses, de l'albumine dans l'urine. Quelques mois après le dernier accouchement, la quantité d'albumine avait augmenté et s'élevait à 2 grammes par jour en moyenne, s'accompagnant d'œdème de la face et des membres, de fatigue intense, de nausées et d'élévation de la tension artérielle. Les médications classiques n'avaient amené aucun résultat. L'administration du chlorure de calcium pendant vingt-huit jours, à la dose de 50 centigrammes par jour, a diminué progressivement le taux de l'albumine jusqu'à 0, en fai-

sant disparaître les œdèmes et tous les autres symptômes. Depuis quatre mois, sans aucune médication, l'albumine n'a plus reparu dans les urines.

Un jeune homme de 20 ans présentait, toutes les fois qu'il montait à cheval, sans hématurie, le soir et le lendemain, de 0,20 à 0,50 centigrammes d'albumine dans l'urine. Après vingt-deux jours d'emploi de 50 centigrammes de chlorure de calcium, les courses à cheval ne provoquèrent plus d'albuminurie.

J'ai obtenu des effets analogues chez des malades âgés atteints de néphrite interstitielle et d'albuminurie plus intense.

Parmi les rares cas d'augmentation de l'albuminurie sous l'influence du chlorure de calcium, je citerai une malade de 25 ans qui, à la suite de vingt jours de traitement par 0,50 et 0,40 centigrammes de chlorure de calcium par jour, vit l'albumine monter de 1 gramme à 2 grammes en huit jours, et de 2 grammes à 4 grammes dans les douze jours suivants.

Le Dr Renon ajoute que ces faits prouvent l'action du chlorure de calcium dans les albuminuries, sans qu'on puisse déterminer les indications spéciales de cette médication ; il entre dans des explications plus ou moins ingénieuses de l'action de ce sel, que nous ne reproduirons pas, nous contentant de constater, ce que ne peut expliquer M. Renon, que ce sel est une arme a deux tranchants, qui peut chez certains malades diminuer la quantité d'albumine, chez certains autres l'augmenter.

Quoiqu'il en soit, voici comment le Dr Renon emploie ce traitement.

On donnera pendant cinq à six jours 0,10 centigrammes de chlorure de calcium, et, si aucun effet favorable ne se

produit, on augmentera la dose de 10 centigrammes pendant deux à trois jours. On arrivera ainsi progressivement jusqu'à 0,50 centigrammes, dose que je ne conseille pas de dépasser. Si l'albumine ne diminue pas, il faudra continuer l'usage du chlorure de calcium pendant vingt-cinq à trente jours, car l'action thérapeutique peut ne s'effectuer que tardivement.

Bien que ce traitement ne paraisse pas sous la dépendance de la loi de similitude, nous avons cru devoir l'indiquer comme traitement empirique à employer dans les cas rebelles.

Dr Marc Jousset.

MEDECINE PRATIQUE

L'activité leucocytaire et l'évolution clinique. Leuco-pronostic.

MM. Achard et Foix étudient les propriétés des leucocytes à l'état morbide ; ils ont pu parvenir à évaluer leur activité mécanique et à tirer un signe pronostique de la valeur de cette activité (1).

Le procédé qu'ils emploient consiste à recueillir des leucocytes et à les mettre en présence d'une émulsion de levures de muguet stérilisées par le formol. Dans un milieu artificiel approprié (celui qu'ils emploient actuellement est un mélange à parties égales de sérosité ascitique et d'eau salée citratée), les globules blancs s'emparent des levures mortes, les incorporent, et il est très facile, vu la grosseur des corps étrangers et la netteté de leur coloration, de

(1) *Société Médicale des hôpitaux.* Séance du 16 juillet.

compter les levures incluses par rapport au nombre des globules blancs. L'expérience étant faite comparativement avec des leucocytes pathologiques et des leucocytes normaux, le rapport de l'activité phagocytaire du malade à celle du sujet sain prise pour unité donne la mesure de ce qu'ils nomment l'*indice d'activité leucocytaire*.

La nature du milieu exerçant sur l'activité leucocytaire une influence très grande, on pouvait se demander si cette qualité des globules blancs n'était pas sous la dépendance étroite des qualités du plasma dans lequel ils avaient jusque-là vécu. Aussi ont-ils été conduits à rechercher aussi le pouvoir leuco-activant du plasma, c'est-à-dire l'influence qu'exerce ce plasma sur l'activité phagocytaire des leucocytes. Pour des raisons de commodité, ils ont substitué au plasma le sérum, après s'être assuré que sérum et plasma possédaient même pouvoir leuco-activant.

Pour cette évaluation, ils emploient aussi des levures stérilisées de muguet ; mais l'élément variable étant ici le sérum et non plus les globules blancs, ils ne recueillent que des leucocytes normaux pour les mettre en présence des levures dans des milieux artificiels contenant même proportion, l'un du sérum pathologique à examiner, l'autre d'un sérum normal. Le rapport des deux activités ainsi déterminées nous donne l'indice du *pouvoir leuco-activant du sérum.*

En étudiant dans les maladies aiguës ces deux propriétés des leucocytes et du sérum, on doit reconnaître qu'elles éprouvent des variations cycliques. Toutes deux sont affaiblies pendant la maladie, toutes deux se relèvent à la guérison. Ce relèvement peut être considéré comme un phénomène critique ; il est tout à fait comparable aux cri-

ses hématiques et urinaires ; il comporte pour le clinicien une signification semblable.

Nous reproduirons quelques unes des observations des auteurs montrant bien la valeur de l'activité leucocytaire.

I. — K... (Eugénie), âgée de vingt ans, entrée au neuvième jour d'une *fièvre typhoïde* régulière. Taches rosées au dixième jour. Séro-diagnostic positif. La température moyenne se maintient entre 39 et 40 degrés. Erythème scarlatiniforme le douzième jour.

	Température moyenne	Activité leucocytaire	Pouvoir leuco-activant
	—	—	—
24e jour (début de la période de déclin)	39°2	0,50	0,65
26e jour	38°5	0,60	0,40
28e —	38°	1,40	1,10
32e — (apyrexie)	37°2	1,50	1,60
43e — (14e jour de la convalescence)	36°8	0,95	1,05

Dans cette fièvre typhoïde et dans trois autres observations on peut voir que l'activité leucocytaire faible pendant la période fébrile, se relève pour dépasser la normale au moment de la convalescence, pour revenir ensuite à la normale. Il en est de même dans la pneumonie dont nous reportons un exemple.

VIII. — Leva... (Julie), âgée de 60 ans, entrée au cinquième jour de la maladie. Foyer de *pneumonie* à la base gauche.

	Température vespérale	Activité leucocytaire
	—	—
5e jour (période d'état)	39°	0,66
6e — (défervescence	37°7	0,84
7e —	37°6	1,10
8e —	37°6	1.40
9e —	37°1	1,90

Les auteurs ont observé des faits analogues dans un

grand nombre de maladies fébriles évoluant vers la guérison. Il n'en est plus du tout de même lorsque la mort du malade doit arriver ; on voit au contraire l'activité leucocytaire aller toujours en déclinant, comme il est facile de s'en rendre compte en examinant l'observation suivante :

XVIII. — Lev... (Thérèse), âgée de 22 ans, entrée à l'hôpital au huitième jour d'une *fièvre typhoïde* ataxo-adynamique. La température moyenne, malgré les bains, reste au-dessus de 40 degrés. Broncho-pneumonie à droite. Rétention d'urine : un cathétérisme évacuateur donne issue à 2 litres d'urine le quatorzième jour ; la température moyenne tombe à 38°5, pour se relever aussitôt au-dessus de 40 degrés.

Le dix-neuvième jour, la température commence à s'abaisser progressivement, le cœur faiblit et la malade meurt le vingt-deuxième jour. A l'autopsie, plaques de Peyer profondément ulcérées. Broncho-pneumonie.

	Température moyenne —	Activité leucocytaire —
9e jour	40°	0,27
15e —	40°2	0,23
20e — (2 jours avant la mort)	39°6	0,20

Les auteurs peuvent donc, à juste titre, formuler les règles du *leuco-pronostic* dans les deux propositions suivantes :

1° *Le relèvement de l'activité leucocytaire et du pouvoir leuco-activant du sérum au-dessus du taux normal est un signe de bon augure.*

2° *Leur chute à des niveaux très bas est un indice fatal.*

Malheureusement ces éléments de pronostic ne sont pas encore pratiquement abordables dans la plupart des cas.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES SOCIETES SAVANTES

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

I

Un cas de tache bleue sacrée mongolique chez un enfant européen

(*Séance du 16 juillet*). — M. Apert, présente un petit enfant qui porte à la région sacrée une tache bleue, dont l'aspect concorde parfaitement avec celui des taches bleues qui s'observent communément chez les nouveau-nés de race jaune.

Voici comment la décrit notre compatriote Chemin (1), qui l'a observée chez les Annamites, Chinois et Siamois de la Cochinchine et du Tonkin.

« Leur couleur, dit-il, est bleuâtre ou ardoisée ; il n'est pas rare de voir une tache foncée à bords nets incluse dans une tache beaucoup plus grande et beaucoup plus pâle. D'autres fois, la tache foncée se dégrade du centre à la périphérie ; la partie la plus foncée, piriforme, a sa petite extrémité, bleu noir, cachée dans la partie supérieure du pli fessier, tandis que la grosse extrémité, bleu clair, s'étale sur la région lombaire. » C'est cette dernière disposition qui est réalisée dans le cas de M. Apert ; la tache, de couleur ardoisée, forme une sorte de raquette dont le manche répond au pli fessier ; il y a en outre une tache plus foncée de la dimension d'une lentille au haut de la fesse gauche,

(1) Chemin. Taches congénitales de la région sacro-lombaire. *Revue de l'Ecole d'Anthropologie de Paris*, 1889, IX, p. 196.

et deux taches pâles plus étendues au niveau de la région lombaire et dorsale inférieure. Cette multiplicité des taches est assez fréquente.

Cette tache pâlit à mesure que l'enfant grandit et on ne la retrouve presque jamais après l'âge de 5 ans.

II

Syphilis rénale secondaire : présence du tréponema pallidum dans les urines

MM. Barth et Michaux ont observé dernièrement un cas de néphrite syphilitique secondaire avec présence du tréponema pallidum dans les urines. Ce microbe n'a été jusqu'à présent signalé dans les urines que dans trois observations.

Voici l'histoire résumée de la malade : Femme de 28 ans, infectée depuis deux mois environ ; elle entre à Necker en plein efflorescence d'accidents secondaires : roséole abondante, plaques muqueuses de la bouche et de la vulve; anasarque généralisée, ayant débuté la veille et s'étant étendue à tout le corps ; teint pâle ; rien au cœur, pas d'œdème pulmonaire ; ni épanchement pleurétique, ni ascite. Urines très rares (100 c. c.), contiennent beaucoup d'albumine. L'examen microscopique y fait reconnaître des globules rouges, quelques cylindres granuleux et le tréponème de Schaudinn.

Sous l'influence du régime lacté et des injections quotidiennes de 2 centigr. de benzoate de mercure, amélioration rapide. M. Barth signale la présence du microbe de la syphilis dans l'urine comme indice de la nature spécifique de la néphrite ; il ajoute que l'action favorable du traitement mercuriel vient encore confirmer ce diagnostic.

M. Queyrat vient combattre ces conclusions: la présence du tréponème dans l'urine peut avoir été amenée par les plaques muqueuses vulvaires, à la surface desquelles ce microbe pullule ; pour être sûr qu'il venait du rein, il aurait fallu aller chercher l'urine aseptiquement dans la vessie au moyen de la sonde.

En outre le traitement mercuriel n'est pas toujours favorable dans les néphrites syphilitiques qu'il pourrait aggraver.

III

Les porteurs de méningocoques et la prophylaxie de la de la méningite cérébro-spinale par la désinfection de leur naso-pharynx.

MM. Vincent et Bellot font une communication sur un moyen de détruire les méningocoques qui persistent dans le naso-pharynx des malades guéris de méningites cérébro-spinales et de ceux, parents, infirmiers ou médecins, qui se sont trouvés en contact avec ces malades.

Ces porteurs de méningocoques peuvent, sans devenir malades eux-mêmes, être le point de départ de cas de contagion, et l'on peut expliquer ainsi les cas qui paraissent isolés. Les auteurs citent le cas d'un homme, atteint trois mois auparavant de méningite cérébro-spinale. Cet homme fut incorporé ; il portait encore du méningocoque dans son rhino-pharynx; sept jours après, sur 30 hommes de la même chambre ou du même étage, 10 étaient devenus eux-mêmes des porteurs de méningocoques.

Ces porteurs de méningocoques sont nombreux : 62 sur 190 personnes en rapport avec des méningitiques (Jaco-

bitz); 26 sur 289 (von Lingelsheim); 17 sur 24 (Ostermann). Netter a examiné le mucus naso-pharyngé de 231 sujets dans une école de Saint-Denis et a trouvé le méningocoque sur 49.

Le méningocoque peut persister longtemps dans le mucus et y a été retrouvé après plusieurs semaines et même plusieurs mois.

M. Vincent et Bellot conseillent des inhalations avec le mélange suivant :

Iode	20 gr.
Gaïacol	2 —
Acide thymique	0,25 centigr.
Alcool à 60°	200 gr.

Une certaine quantité de ce mélange est versée dans un bol ou une capsule en porcelaine. Celle-ci est elle-même plongée dans une cuvette remplie d'eau très chaude, afin de faciliter le dégagement des vapeurs antiseptiques.

Ces vapeurs sont inhalées *lentement par le nez*, pendant trois minutes. Les séances sont renouvelées quatre ou cinq fois par jour.

Ces vapeurs, ainsi qu'on peut le constater, sont parfaitement tolérées. Elles laissent une odeur et un goût iodés persistant pendant plusieurs minutes.

En outre, matin et soir, on badigeonne les amygdales et le pharynx du porteur de méningocoque avec un tampon d'ouate imprégné de glycérine iodée au trentième.

Enfin le sujet se gargarise ou se rince la bouche, à de fréquentes reprises, avec de l'eau oxygénée diluée au dixième.

Par ces moyens les méningocoques disparaîtraient en quatre jours.

IV

Deux nouvelles préparations mercurielles : amalgame d'argent, amalgame de platine

M. Queyrat, qui est un des défenseurs des injections d'huile grise dans le traitement de la syphilis, vient encore une fois exposer ses idées, en comparant l'opposition qui est faite aux injections d'huile grise, à celles qui ont eu lieu contre les bains froids dans le traitement de la fièvre typhoïde, contre le sérum de Roux, etc. Nous ne sommes pas convaincus par son argumentation et nous partageons, jusqu'à preuve du contraire, l'opinion du prof. Gaucher.

M. Queyrat, depuis plusieurs mois, remplace l'huile grise par un amalgame d'argent mélangé à de la lanoline ou de l'huile de vaseline de façon à faire une huile grise argentique. Cette préparation à doses à peu près moitié moindre, a donné au Dr Queyrat des résultats thérapeutiques remarquables dans des cas où les autres traitements et en particulier l'huile grise habituelle avaient échoué. L'argent, qui avait été employé par les anciens contre la syphilis, a-t-il un effet particulier ?

V

Méningite aiguë a bacille d'Eberth pur, au cours d'une fièvre typhoide

MM. Claret et Lyon-Caen ont observé dans le service du professeur Robin une femme de 23 ans qui, vers le vingtième jour d'une fièvre typhoïde présenta des signes de méningite: décubitus en chien de fusil, raideur de la nuque, signe de Kernig très prononcé, inégalité pupillaire,

ptosis gauche, pouls irrégulier, vomissements en fusées, etc.

La ponction lombaire donne un liquide clair, albumineux, ne contenant pas de bacilles, à l'examen direct; mais par culture sur gélose-ascite, culture qui contient des bacilles d'Eberth.

L'examen cytologique donne :

Polynucléaires	60 %
Mononucléaires, lymphocytes et grands mononucléaires	25 %
Hématies	15 %

Les auteurs ont retrouvé seulement 12 observations de méningites dues au bacille d'Eberth.

Le pronostic est assez bénin; il y a eu 8 guérisons sur 13 cas.

VI

Phlegmon de l'orbite au cours de la scarlatine

(*Séance du 23 juillet*). — MM. Teissier et Duvoir ont soigné à l'hôpital Claude-Bernard un homme de 25 ans pour une scarlatine.

En pleine convalescence, le 21e jour, ascension thermique à 40°6, avec adénopathie sous-maxillaire droite douloureuse ; la fièvre continue les jours suivants ; quatre jours après œdème léger de la paupière supérieure droite, globe de l'œil un peu douloureux à la pression, aucun trouble visuel, l'adénopathie a presque disparu.

Le 12 *mars*, 26e jour, céphalée et névralgie temporo-frontale droite, les deux paupières sont œdématiées, le sillon orbito-palpébral a disparu ; la paupière supérieure, tuméfiée, retombe sur le globe oculaire un peu saillant,

qu'elle recouvre incomplètement. En la soulevant on aperçoit l'œil en apparence sain, en dehors d'un bourrelet chémotique, albumine, 2 gr. 50.

Le 13 mars, céphalée, vomissements, insomnie ; le globe oculaire projeté en avant et légèrement dévié en dehors, est absolument immobilisé ; albumine 7 gr.

Les jours suivants : les urines hématuriques, d'abord deviennent plus claires, l'albumine diminue ; les douleurs aussi.

Le 17 mars, l'œdème palpébral et sous-conjonctival a augmenté; on constate une tuméfaction fluctuante au niveau du sillon orbito-palpébral. Une incision de 2 à 3 centimètres suivant le rebord orbitaire supérieur permet d'arriver à une collection purulente, qui laisse écouler un pus verdâtre, sans odeur, contenant des streptocoques.

L'amélioration est rapide, la suppuration diminue, l'albumine disparaît et le malade guérit.

Cette complication est rare. Il y a peu d'observations analogues ; dans des cas voisins, il paraît y avoir en même temps lésion des cavités osseuses voisines (sinus frontal, cellules ethmoïdales).

VII

Maison de cure complémentaire pour les alcooliques curables des services hospitaliers

M. Triboulet attire l'attention des membres de la Société sur la situation des alcooliques qui viennent consulter à l'hôpital, ou qui le quittent à moitié guéris.

On peut indiquer un asile spécial, tel que celui de Ville-Evrard, qui rendrait les meilleurs services au malade ; mais le plus souvent la crainte de cette sorte d'estampille

officielle d'asile, si redoutée des familles et des buveurs, empêche de donner suite à cet avis.

La ligue nationale contre l'alcoolisme s'occupe du relèvement des buveurs et depuis 1902, a reçu 60 pensionnaires. Sur ce nombre : 28 ont été relevés, 13 ont été améliorés, 13 sont restés mauvais, 3 étaient aliénés et 3 ne sont pas restés.

Ces chiffres sont très encourageants. Actuellement, il s'agit d'une maison située dans la banlieue parisienne, qu'on espère pouvoir placer bientôt en pleine campagne.

Vie méthodique, disciplinée : alimentation non excitante, abstinence totale des boissons alcooliques ; travail au grand air, voilà les conditions essentielles du régime des pensionnaires.

Ceux-ci *déclarent se soumettre à la règle de la maison*, dans laquelle ils entrent par un mouvement *de leur volonté personnelle*.

Ils s'engagent, eux et leur famille, ou leurs représentants, à payer une pension de 2 fr. 50 par jour pour chambre à un lit, et de 1 fr. 50 par jour pour chambre à 2 ou 3 lits.

S'adresser pour les renseignements et pour les inscriptions au secrétariat général de la Ligue nationale contre l'alcoolisme, 50, rue des Ecoles.

VIII

Amaurose transitoire au cours d'une fièvre typhoïde ; guérison par la ponction lombaire

(*Séance du 30 juillet*). — MM. Vidal, Joltrain et Weill ont observé un homme de 20 ans malade d'une fièvre typhoïde ; il fut atteint le neuvième jour d'une amaurose

double complète. A l'ophtalmoscope, œdème bilatéral de la papille avec dilatation des veines.

Une ponction lombaire permet de retirer un liquide en hypertension ; ce liquide ne contenait ni albumine, ni éléments cellulaires. Deux heures après la ponction, diminution du trouble visuel, qui disparut complètement quel-jours après, à la suite d'une seconde ponction.

L'examen ophtalmoscopique du fond de l'œil montra à ce moment qu'il était redevenu normal. Il est donc probable que l'hypertension du liquide céphalo-rachidien avait amené l'œdème de la papille, la congestion veineuse et l'amaurose.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ANGLAIS

Cratægus oxyacantha. Expérimentation.

On a expérimenté le *Cratægus* chez l'homme sain à l'Université de Michigan. Deux observations ont été faites, et tous les détails en sont relatés. Avec les 3e X et 2e X dilutions, aucun symptôme ne se montra. L'effet du médicament ne fut apparent qu'avec la teinture-mère. Le second jour, l'un des sujets éprouva du vertige pendant quelques minutes; le pouls devint plus lent sans changer de caractère. L'autre sujet n'éprouva pas de vertige, mais le pouls fut ralenti et devint plus fort. En augmentant la dose avec des intervalles plus espacés, on nota dans les deux cas un

ralentissement marqué du pouls, qui survint le soir, s'accompagnant de sensation de manque d'air. Il tomba à 56 et fut très affaibli. Les examens de l'urine et du sang furent négatifs. Comparé aux autres médicaments cardiaques, *Cratægus* paraît moins puissant que *Digitalis* et *Strophantus* et ayant un effet plus prolongé que *Adonis vernalis*. (Dr CLAUDE A. BURRET.)

MAGNESIA PHOSPH. DANS L'ANGINE DE POITRINE.

Dans un article sur le traitement homœopathique des maladies du cœur, le Dr Wallan Mc George écrit sur *Magnesia phosp.* : dans un cas où l'examen nécroscopique montra une calcification de l'aorte et des coronaires, *Mag. phosph.* 6e X dans de l'eau chaude soulage les paroxysmes et diminua leur durée, si bien que le malade suppliait qu'on lui donnât ces poudres. Ce fut seulement dans la dernière semaine de la vie qu'après un an de traitement le médicament ne réussit plus à donner de soulagement. *Magn. phosph.* est excellent dans la névralgie intercostale, et, comme *Cactus*, il a la sensation de constriction autour de la poitrine, quoique à un moindre degré que *Cactus*. Il soulage promptement quand la douleur irradie du cœur dans toutes les directions. Il agit mieux quand il est donné dans de l'eau chaude. (*Hahn. Monthly*.)

PHYTOLACCA DECANDRA. RÉSUMÉ DE SES EMPLOIS.

Le Dr Starcke de Kansas City résume ainsi les usages de *Phytol* : 1° Maux de gorge et diphtérie caractérisés par une forte rougeur, de la douleur en avalant, des douleurs allant de la gorge dans une oreille ou dans les deux. Constant besoin d'avaler, augmenté par les liquides chauds.

brûlure et sécheresse. 2° Etats rhumatismaux et névralgiques augmentant la nuit, amenant de l'agitation bien que le mouvement les aggrave, douleurs comme des chocs. 3° Inflammations et abcès mammaires. Nodules avec sécrétion profuse de lait et douleurs irradiant du mamelon à tout le corps. 4° Inflammation et induration des lymphatiques.

Phytolacca est aussi à employer dans les maladies graves de la peau et dans la grippe. (*J. of. Am. inst. of. hom.*)

ACHILLEA MILLEFOLIUM. OBSERVATION PERSONNELLE DE COLE.

Ma température se tenait depuis quinze jours aux environs de 103 à 104° Fahr. (40° C) et quoique je n'eusse pas suspendu mes occupations, j'étais plus malade que tous mes patients. Il me semblait que j'étais réincarné dans une machine de bois qui se promenait, que toutes mes sensations étaient perdues, et je ne m'en occupais même pas autrement.

La seule faculté qui me restait était mon amour de l'expérimentation, et tandis que je tournais les pages d'Ellingwood, le rapport du Dr John Fearn relatif à l'action d'*Achillea* sur la peau me montra combien j'avais eu tort de l'abandonner, et comme ma peau était aussi sèche que celle de certains habitants des Etats du Sud, et que mes sécrétions présentaient un dépôt énorme, je me fis apporter une bouteille du spécifique de Lloyd. Dès le premier soir, j'en pris une cuillerée à café dans de la limonade chaude, je m'endormais comme un enfant au bout de dix minutes, et je rêvai que j'avais le dos dans une vieille piscine, dont j'essayais de toucher le fond sans le pouvoir. Quand je me réveillai, ce serait fou de dire que je transpirais ; l'eau coulait de ma peau par rivières, mes couvertures étaient à

tordre, mais je me sentais redevenir moi-même et bientôt je fus guéri.

J'ai pris toutes sortes de doses de *Achillea*, jusqu'à une cuillerée à café dans de l'eau chaude ou froide quand ma température était normale, et à part une légère action diurétique, je n'en ai jamais éprouvé le moindre effet. Je l'ai pris et donné avec des températures de 100 et au-dessus, et toujours j'ai obtenu la transpiration profuse sans la dépression correspondante qu'on pourrait naturellement redouter. Mes meilleurs résultats se sont trouvés dans les états fébriles aigus des adultes et rarement j'ai eu à donner plus d'une dose ou à faire plus d'une visite, ce qui montra qu'en se plaçant à un point de vue d'homme d'affaires, j'ai perdu beaucoup d'argent depuis trois ans que j'emploie le médicament le plus sûr de la matière médicale.

Sur le traitement de la scarlatine. — Dr Simonson (New-York.)

Le premier remède dont je veux parler est *Ailanthus*. C'est un remède très utile dans les formes très graves de la maladie où nous ne trouvons pas la simple toxémie de la scarlatine, mais une infection mixte et beaucoup de symptômes dûs à la formation du pus streptococcique; en d'autres termes, quand il y a une toxémie très marquée qui se traduit par de la stupeur ; et, sans plus ou moins de stupeur, je ne pense pas qu'*Ailanthus* soit indiqué. Ainsi je ne pense pas qu'il soit à employer dans les cas où il y a beaucoup d'excitation et une haute tension. L'éruption d'*Ailanthus* est pourpre, et non bleuâtre comme avec *Amm. carb.*, *Hydroc. acid.*, *Muriat. acid.* et d'autres, mais cette éruption pourpre est ordinairement accompagnée d'une in-

filtration cellulaire marquée des tissus du cou et de la gorge, sans cependant qu'il y ait un envahissement ganglionnaire distinct ; et cela le distingue dans mon esprit de *Amm. carb.*, car avec ce dernier, dans les cas graves, toxiques, nous trouvons presque invariablement un envahissement accentué de tissu ganglionnaire, tandis qu'avec *Ailanthus*, c'est une infiltration du tissu cellulaire. Naturellement nous trouvons aussi l'odeur fétide, très prononcée, et la stomatite accentuée, souvent accompagnée d'ulcération. Il n'y a pas la douleur considérable que vous attendriez. Ce n'est pas absolument indolore dans les cas toxiques graves, mais encore une fois moins douloureux qu'on ne pourrait croire. Dans les cas d'*Ailanthus*, le pouls est très rapide, faible et irrégulier.

Ammonium carb. est à mon avis un des plus grands remèdes que nous ayons dans les cas de scarlatine maligne. Ici nous trouvons un fort envahissement ganglionnaire avec une apparence bleuâtre cyanotique, et une augmentation de volume, non seulement des amygdales et de la glande sous-maxillaire, mais aussi des ganglions cervicaux et de la parotide. La stupeur et l'assoupissement sont très marqués. Le malade respira comme un urémique — lentement, difficilement, avec stertor — et il y a un bruit de bouillonnement comme s'il y avait du mucus dans la gorge. On peut trouver à l'examen de l'œdème des poumons. Les amygdales et les piliers ont aussi un aspect bleuâtre et l'ulcération de la bouche est très marquée. L'éruption miliaire est très marquée avec *Amm. carb.* De plus, il y a de l'obstruction nasale avec écoulement mucopurulent profus, très souvent sanglant et fétide ; et avec tout cela il y a très peu de douleur. Tels sont les symptômes caractéristiques d'*Amm. carb.* dans la scarlatine ma-

ligne, auxquels on peut ajouter un aspect du malade très semblable à celui de l'urémie.

On donne *Apis* dix fois pour une où il est indiqué. Je n'ai jamais obtenu de résultats d'*Apis* donné suivant les indications ordinaires. Je pense que, lorsqu'*Apis* est indiqué dans la scarlatine nous devons avoir certains de ses symptômes caractéristiques. Avec *Apis*, l'assoupissement est très marqué, mais il est particulier, et non semblable à celui des autres médicaments. Il est accompagné de mouvements. Le malade dort, mais c'est un sommeil agité. C'est quelque chose comme le symptôme de *Bellad.*, il a besoin de dormir, mais ne peut pas. L'enfant se réveille en sursaut et retombe, mais non pour reposer tranquillement. L'éruption d'*Apis* est toujours légèrement colorée. Il y a très souvent de la soif. L'enfant a la gorge horriblement sèche et veut tout le temps de l'eau : il en demande par petites quantités et souvent comme avec *Ars.* Le gonflement de la gorge a une légère couleur rouge œillet, et n'est pas nécessairement œdémateux, quoiqu'il puisse l'être.. La chose à noter, c'est qu'il n'est pas bleu foncé, pourpre, ou noirâtre. Je ne pense pas que *Apis* soit utile dans la scarlatine maligne. Quant aux symptômes méningés, roulement de la tête, soubresauts et réveils en sursauts avec cris soudains, je ne les ai jamais vus, quand *Apis* était indiqué. Je l'ai employé principalement quand les reins étaient atteints avec les symptômes hydropiques et urinaires particuliers au médicament.

Arum. triph. a des symptômes caractéristiques et très utiles. Je le considère comme un très bon médicament. Je ne le donne pas toujours simplement parce que l'enfant saigne du nez ou gratte ses croûtes, car les enfants qui ont le délire ont souvent le nez excorié et grattent leurs croû-

tes, n'ayant rien d'autre à faire. L'agitation est avant tout le symptôme dominant. En cela, il ressemble à *Arsenic*, sauf qu'il n'est pas faible comme *Arsenic*. Il y a une douleur extrême en avalant. Je suppose que le même état existe dans le pharynx qu'au niveau du voile, : et ce doit être très pénible d'après l'aspect de la physionomie. Si le malade est assez âgé pour décrire sa douleur, il se plaint d'une sensation d'écorchure et de brûlure extrêmes. Avec cette sensation d'écorchure dans la gorge et l'état croûteux du nez, vous trouvez un écoulement fluide, aqueux, sanguinolent, par le nez. Ce n'est pas l'état d'*Amm. carb.* avec le nez tout bouché par un épais mucus de sorte qu'il est absolument impossible de respirer par là, mais un écoulement séreux qui excorie la lèvre et le bord de la bouche. Un autre bon symptôme pratique est la salivation à un degré marqué, aussi plus ou moins excoriante. L'éruption semble sortir par lambeaux, mais ce ne sont pas les morceaux pourpre sombre d'*Ailanthus* ou bleuâtres comme avec *Amm. carb.* Il y a une toux sèche, douloureuse, très accentuée, mais les gonflements ganglionnaires ne sont pas très prononcés. Ordinairement le côté gauche semble plus malade. Aucun des autres remèdes déjà vus ne paraît avoir une aggravation particulière à un côté. *Arum. triph.* a de plus une desquamation qui semble débuter très tôt ; elle commence en certaines parties du corps avant la fin de l'éruption : la peau se frise et devient très sèche.

Belladonna. Je ne sais pas pourquoi tant d'homœopathes ont l'idée que *Bellad.* a une telle importance dans le traitement de la scarlatine. Pour moi, je ne pense pas qu'il soit souvent indiqué. Certainement, il est inutile dans les cas toxiques. Son action est trop superficielle et même

quand il est en apparence indiqué par les symptômes, il ne fait pas de bien. Il nous faut un remède à action profonde. La meilleure façon de le décrire est de dire les symptômes qu'il n'a pas. D'abord, il n'a pas la prostration. Sans s'occuper si le pouls est battant, si la peau est rouge, la pupille dilatée, ou le malade excité, le fait qu'il n'y a pas de prostration avec la *Bellad.* est prédominant. Les symptômes toxémiques ne sont pas marqués du tout. L'éruption, nous le savons tous, est rouge vif, et non sombre et pourpre, et elle sort sur tout le corps sans aucune congestion veineuse. Les symptômes qui demandent *Bellad.* sont ceux que nous connaissons. Je pense que chez les jeunes enfants un des symptômes les meilleurs de *Bellad.* est la particularité du sommeil, le fait que l'enfant veut dormir et ne peut pas. Il est assoupi et il y a évidemment beaucoup de congestion cérébrale. Il s'endort et se réveille en sursaut avec un cri, et retombe. Les symptômes mentaux de *Bellad.* sont les plus importants.

Bryonia. Avec ce remède, selon moi, l'objectif est de faire sortir une éruption qui ne se développe pas. Il n'y a dans la scarlatine aucune caractéristique de *Bryonia.* Naturellement j'en reconnaîtrais la valeur s'il y avait quelques symptômes de *Bryonia* bien marqués, spécialement dans les signes mentaux et gastriques, la soif, la constipation, et l'irritabilité. Lilienthal parle de douleurs piquantes aiguës dans la poitrine. Il n'y a pas un cas de scarlatine sur cinq millions qui ait ces douleurs, parce qu'elles ne sont causées que par la pleurésie, qui est rare dans la scarlatine.

Ce qu'on appelle le rhumatisme scarlatin, et l'arthrite qui suit la scarlatine, je ne les ai jamais vus indiquer *Bryonia.* Je pense que lorsque *Bryon.* est indiqué dans la scar-

latine, c'est par ses symptômes mentaux et nerveux ; par le caractère de son assoupissement, sa disposition, sa soif, son désir de ne pas être remué. Je ne pense pas cependant qu'il le soit souvent ; et pour ce qui est de faire sortir l'éruption, c'est une autre vieille idée à abandonner. Cette idée sur la disparition de l'éruption est ridicule. Quand l'action du cœur s'affaiblit et que la circulation superficielle est mauvaise, on ne voit pas l'éruption, et c'est tout. Il est ridicule de parler d'une dermatite aiguë spécifique qui rentre. Un bain chaud avec une cuillerée à café de cognac est la meilleure façon de faire sortir l'éruption.

Calcarea Carb. Il y a des symptômes pour lesquels il est très utile dans la scarlatine. Comme nous le savons, il a une action très lente, il s'applique aux états chroniques asthéniques, et il m'a été très utile dans les complications glandulaires ; ce n'est pas quand il y a tendance à la suppuration, mais quand il reste après la scarlatine de gros engorgements glandulaires qui restent simplement sans donner aucun signe de changement.

Lilienthal, en parlant de *Calc. carb.* dans la scarlatine, nous donne un tableau combiné de *Carbo veget.* et de *Camphor*, autrement dit, la prostration et le collapsus. J'hésiterais à le donner simplement sur ces indications. Je ne doute pas que, indiqué, il ferait beaucoup de bien, mais je n'en vois pas assez les indications pour y avoir confiance. Je sais qu'il a de la valeur quand pratiquement vous ne trouvez rien que des symptômes constitutionnels et mentaux : un état d'affaiblissement léthargique avec manque de réaction, spécialement chez le bébé de *Calcarea*, ou un enfant de ce type avec des ganglions hypertrophiés. Dans ce cas, j'ai souvent trouvé *Calc. carb.* très utile.

Carbolic acid. Dans la scarlatine et la diphtérie, *Carbolic*

acid. m'a rendu grand service. Je dirai que je le prescrivais pour deux symptômes : d'abord une tendance marquée à la destruction des tissus intérieurement, comme pour la gorge et le pharynx, avec très peu de douleur, s'il y en a. Je ne sais si vous l'avez jamais employé dans la diphtérie pour des symptômes de cette sorte, mais j'en ai vu des résultats magnifiques. L'odeur, quand l'acide phénique est indiqué, est extrêmement marquée. On peut la sentir dans la pièce voisine et on trouve le malade avec un aspect blanc, gonflé, avant que l'éruption n'apparaisse. Et alors l'éruption de *Carbolic acid.* est légèrement colorée, non pas d'un rouge brillant ou pourpre, mais d'une sorte de couleur comme lavée de la figure, comme dans la diphtérie, aspect d'une néphrite aiguë, presque œdémateux, cireux, les lèvres absolument blanches, tellement qu'on ne peut voir leur bord. L'enfant est léthargique et appesanti, avec une gorge et une bouche horriblement ulcérées et ne semble faire attention à rien.

Les ulcérations particulières à *Carbolic acid.*, si vous voyez le malade de bonne heure, se trouvent légèrement colorées, mais elles deviennent foncées lorsque l'escarrification commence. Ces signes, avec l'assoupissement, la stupeur, la fétidité extrême, la destruction accentuée des tissus, l'absence de douleur dans les cas très graves, seraient les indications principales. Il n'est indiqué que dans les cas graves.

Cuprum metal. s'est montré utile dans les convulsions. Je peux me rappeler distinctement l'avoir donné une fois avec de très bons résultats, et même deux fois, et il n'y avait pour l'indiquer que le caractère très violent de l'envahissement musculaire, spécialement des fléchisseurs des extrémités.

Gelsemium, à mon avis, est un bon médicament dans certaines formes bénignes de scarlatine. Je l'ai employé souvent, principalement sur ses indications caractéristiques que je ne veux pas reprendre ici.

Hepar sulf. est un autre bon médicament. C'est un des bons remèdes de la néphrite post-scarlatineuse où l'on trouve les caractéristiques de *Hepar*. Je le tiens du Dr Deschare. Il me disait qu'il ne savait pourquoi ni comment, mais qu'il le trouvait presque spécifique de la néphrite post-scarlatineuse.

Même dans l'adénite marquée qui est hors de proportion avec le degré de la scarlatine (dans un cas bénin, pendant la fièvre ou la desquamation), on lui trouve une valeur spéciale. Sa caractéristique est l'extrême sensibilité au toucher, et qui aussi le soulagement par la chaleur sur les glandes malades, de même que l'aggravation par le froid. En dépit de ce fait que cela pouvait faire suppurer la glande, je n'hésite jamais à donner des applications chaudes avec *Hepar*.

Hydroc. acid., dans les livres, ressemble à *Carbo veg.*, leurs indications à tous deux étant que le malade est à l'extrémité *Hydroc. acid.* est un bon médicament dans la scarlatine quand tout le monde est effrayé, que le pouls monte à 180 ou 200 et est irrégulier. L'enfant respire très superficiellement et ordinairement lentement. Il y a beaucoup de difficulté pour avaler : non pas à cause de la douleur, mais, semble-t-il, par une paralysie passagère ; on entend gargouiller dans l'œsophage l'eau ingurgitée. Je l'ai vu fortement indiqué dans ces états de profonde prostration qu'on trouve dans les scarlatines graves toxémiques.

Hyoscyamus est encore un autre bon remède avec son

délire particulier. Je pense qu'il est indiqué beaucoup plus souvent que *Bellad.* dans la même catégorie de cas. Il a l'agitation, la stupeur partielle, le délire loquace avec marmottement, et un symptôme caractéristique de *Hyosc.* est le tressaillement ou le tremblement musculaire.

Lachesis. Je ne sais pas si j'ai jamais vu *Lachesis* faire quelque chose dans la scarlatine. Je l'ai donné nombre de fois et je l'ai essayé quand il me semblait y avoir les indications marquées, et soit malechance, soit ignorance du médicament, le malade n'a pas été soulagé. Il y a cependant une chose qui me frappe en ce moment. Il semble qu'un symptôme important de *Lachesis* est l'aggravation après le sommeil. La vérité est que s'endormir l'aggrave. Je pense que l'explication en est dans l'état du système nerveux central, du pneumogastrique : l'enfant de *Lachesis* oublie de respirer pendant son sommeil. Il devient dyspnéique et plus il dort, plus il s'enfonce dans cet état. Alors il se réveille; c'est l'aggravation qui le réveille, et non le réveil qui produit l'aggravation. Telle a été mon impression.

Merc. corros. est un autre médicament utile dans la néphrite post-scarlatineuse. Je ne pense pas l'avoir jamais vu indiqué par l'état de la gorge ou l'état général constitutionnel dans la scarlatine.

Muriatic acid. Dans la scarlatine, et, je pense, dans toutes ces maladies infectieuses comme la diphtérie et la typhoïde, et les maladies éruptives et toxiques, les acides minéraux sont très utiles, particulièrement les acides muriatique et nitrique. La principale indication est la prostration avec les symptômes typhoïdes, comme de glisser dans le lit. Quelques caractéristiques sont, d'abord, la couleur foncée de l'éruption. J'ai parlé d'une éruption foncée avec

Amm. carb. et *Ailanthus.* Celle de *Muriatic acid.* ressemble plus à celle d'*Ammon. carb.* Elle n'est pas pourpre, elle est plutôt cyanotique. Le cœur droit est très faible et il y a de la stase veineuse. Le malade est bleu et l'éruption est bleue. Vous trouverez des pétéchies sur la peau et un peu de suintement sanglant sur les muqueuses. Un symptôme très particulier du médicament est le fait que l'enfant ne supporte pas d'être couvert, bien que la peau puisse être froide. Il aura une température de 105 (40°5) avec une peau froide et il est mal à l'aise et agité lorsqu'il est couvert, comme *Secale.* Alors on a un pouls rapide, faible, irrégulier, dépressible, et une respiration lente. Chez un enfant de 3 à 5 ans le pouls atteindra 160 et la respiration sera très lente et régulière, non pas irrégulière et avec soubresauts comme avec *Hydroc. acid.* Il y a un écoulement nasal peu épais, aqueux, mais non âcre comme avec *Ars. iod.* et *Allium Cepa.* Il y a du gonflement dans la gorge et les piliers, la muqueuse du palais et des amygdales est bleue, tournant au noirâtre quand se produit la destruction des tissus. Il y a plusieurs années, mon jeune frère fut sauvé par ce médicament. Il avait la diphtérie, et tout de suite sa gorge devint noir bleuâtre. Il y avait ulcération, saignement et escarrification des tissus dès le début. L'enfant guérit. Il y a presque toujours une stomatite marquée avec ulcération saignant facilement, un peu comme avec les venins de serpents, et cette ulcération est de couleur très foncée. Un très bon symptôme qu'on trouve souvent dans les états de *Mur. ac.* est la diarrhée avec des selles indolores, aqueuses, involontaires, et une extrême prostration dominant tout le tableau.

Nitric acid. Je ne pense pas qu'il soit aussi souvent indiqué que *Muriatic acid.*, mais c'est encore un très bon

médicament. Les états malins demandent *Nitric. acid.* aussi bien que tous les autres acides. Pour le distinguer de *Mur. ac.* il y a deux ou trois petits points de valeur. D'abord le vomissement : dès qu'un aliment ou une boisson est introduit, dans l'estomac, le vomissement se produit, et avec une douleur aiguë dans l'estomac. Une autre différence est l'état de la peau. Quand *Mur. ac.* est indiqué, la peau est froide, avec une température élevée. Avec *Nitric acid.*, c'est le contraire, la peau est très chaude. On trouve aussi de la stomatite, mais, au lieu de grandes ulcérations superficielles, on trouve une ulcération petite et circonscrite. La salive est beaucoup plus âcre qu'avec *Mur. acid.*, et il y a tendance au suintement sanglant par les ulcérations. Il y a un coryza beaucoup plus irritant qu'avec *Mur. ac.*, et l'état saignant et croûteux de *Arum triph.* Il y a une grande accumulation de fausses membranes dans la gorge et l'ulcération n'est pas si foncée avec *Mur. ac.* Vous aurez quelquefois de la difficulté à distinguer *Nitr. acid.* de *Arum triph.* en raison de sa tendance aux excoriations et aux croûtes, et son irritabilité, mais il n'a pas son extrême agitation, et *Arum.* n'a pas le vomissement particulier et la tendance hémorrhagique du *Nitric. acid.* Ajoutons que *Nitric. acid.* a l'extrême sensibilité de la gorge avec grande difficulté à avaler et que les évacuations sont fétides.

Rhus tox. est indiqué par le rash miliaire avec la démangeaison précoce. L'agitation de *Rhus* se traduit par le changement fréquent de position, elle est physique et non mentale comme avec *Ars.* ou *Aconit.* *Rhus* est très bon pour les cas de scarlatine qui se développent lentement. Tous les symptômes se développent lentement, spécialement les gonflements du tissu ganglionnaire et il y a rela-

tivement peu de douleur, tout l'opposé de *Hepar*. La parotide peut être très gonflée et l'enfant semble avoir les oreillons. C'est le type d'agitation qui vous fera choisir le médicament.

Dr Paul Tessier.

JOURNAUX ALLEMANDS

Dermatologie

Acné. — Un des meilleurs traitements a été les lavages du matin à l'eau de savon chaude, suivis de tamponnements avec une solution de fleur de soufre au 10e, à midi tamponnement, le soir lavage chaud sans savon et tamponnement. Ces soins doivent être longtemps continués. Le soufre n'agit que sur les formes d'acné inflammatoire. Bourzutschky ne prescrit pas de traitement interne. Nindelband conseille, outre les moyens externes, un régime de table léger, et trouve inutile la proportion de soufre au 10e dont une partie, non dissoute, tombe au fond du vase. Une solution alcoolique, dans un véhicule à 96° et proportions de 1 sur 4 à 500 suffirait. L'acné de la puberté commençant s'améliore par les dilutions à l'intérieur de *Sulfur*, ou de *Calc. Sulf.* 2e ou 3e X. Dans l'acné varioliforme on se sert d'un amalgame de mercure sulfureux et d'*Antimon. Crud.*

L'acné rosacée (Bourtschusky) trouve dans *Alumine*, un bon remède interne. La forme varioloïde bénéficie d'*Antim. crud. et de Kali bichr*, dans les cas rebelles, d'une onction au précipité blanc.

Brulure. — Quand la cicatrisation est lente, il faut tenir l'ulcère sous une gaze protectrice de l'air et des pous-

sières, faire des lavages à l'acide borique, et la nuit un pansement avec une pommade au zinc. A l'intérieur *Solub.* 3e X, suivi de *Nitri acid.* 4e dec.

Eczéma. — Les lavages sont souvent nuisibles, excepté quand l'inflammation réclame les enveloppements humides, ou si les sécrétions abondantes réclament un nettoyage. L'eau devra contenir alors une légère dose désinfectante. Il faut un usage modéré de tout savon. Une alimentation modérée est nécessaire.

La forme aiguë et chronique, l'eczéma des enfants, si pénible par son prurit, a dans *Merc. solub.* un médicament de choix. *Sulfur* vient en aide aussi aux cas aigus et généralisés des enfants, et dans les cas chroniques. Quand son action s'épuise on donne *Calc. carb.* *Sepia* s'adresse aux eczémas des femmes surtout ; quand la peau est lisse, et transpire facilement. Si la forme est vésiculeuse, exempte de crevasse ; ces complications convenant plutôt à *Petroleum* et *Sulfur.* *Natrum murial.* s'adresse aux eczémas par excès d'aliments salés. *Hepar sulf.* est très utile dans les formes suppurantes, impétigineuses, des enfants lymphatiques, irritables. *Graphit.* a aussi son utilité.

Arsenic est surtout indiqué dans les écoulements d'humeurs, comme les ulcères variqueux des jambes, à caractère brûlant. Chez les neurasthéniques *Anacardium.* *Antimon. crud.* d'un emploi assez peu fréquent, s'adresse à la forme cornée comme à la plante des pieds. L'eczéma à rhagades des mains, l'hiver, demande *Petrol.* S'il siège à la face, avec desquamation et rougeurs brûlantes : *Ledum.* Chez les enfants à urines fétides : *Viola tricolor.* Dans un cas de prurit extrême le soir, au lit, avec amélioration par l'enveloppement froid, et humeur pleureuse, la guérison

vint par *Pulsatille*. L'éruption développée sur base humide appelle *Rhus toxic.*, surtout quand des vésicules se développent au cuir chevelu, aux paupières, avec propagation à la conjonctive.

L'eczéma marginal, dont la démangeaison aux parties génitales est un véritable supplice, exige un long traitement à cause de l'action prolongée des causes qui l'ont produit. A l'intérieur *Natrum carb.* et les enveloppements nocturnes avec des compresses mouillées d'une solution de soude purifiée.

Furonculose. — Lorsque les symptômes de soif et faiblesse accompagnent cet état, c'est *Arsenic* qui est le remède principal, auquel s'ajoutent les remèdes de l'état général. Dans la furonculose des enfants faibles atrophiés, on donne *Sulfur*, et les soins hygiéniques alimentaires et extérieurs. Quand les furoncles envahissent tout le corps, un bon remède auxiliaire des soins locaux est *Hydrastis* à basse puissance. Le *Merc. sulf. antimon.* à 3e trit. X et alterné avec *Hepar sulf.* 2e X a souvent produit d'excellents effets. La furonculose et la carbonculose chroniques, ont eu de bons effets de *Calc. sulfur*.

Condylomes. Ces excroissances cèdent, d'ordinaire à l'emploi de *Thuja* quand elles s'accompagnent du symptôme boulimie. Si les végétations existent dans la région de l'anus *Staphysagria* est indiqué (Farrington). On donne aussi le sublimé intùs et extrà, ou l'on touche avec l'*Acide nitrique fumant*.

Leucoplasie. — Le mercure est le grand remède de la muqueuse buccale ; *Calomel* auquel on fait succéder *Nitri*



acid. et enfin *Hepar sulf.* Dans la desquamation par endroits de la langue *Ranunc. sceler.* 3ᵉ X a donné des résultats. Les soins locaux, lavages boriqués sont très utiles. *Phytolacca* intùs et extrà sont aussi recommandés par ces lésions. Si elles sont d'origine syphilitique *Nitri acid.* 2ᵉ employé intùs et extrà, mais les attouchements se feront avec l'acide non fumant et dilué au 10ᵉ. *Berberis vulg.* et *Arsen.* seront utiles dans les inflammations de la muqueuse avec sensibilité, comme si la langue était échaudée.

Lichen simple chronique. Cette affection si tenace cède souvent à l'ingestion de *Sulfur* 3ᵉ et au savon au goudron. Quand l'éruption présente des taches jaunes brun *Natr. carbon.* est indiqué.

Pityriasis versicolor. — Une simple solution alcoolique de fleurs de soufre donnera, appliquée en tamponnements, qu'on alterne avec de fréquents lavages, une guérison rapide et indolore. Dans les cas tenaces on se sert d'un lavage au savon de potasse, et aussi des embrocations de térebenthine.

Le Pityriasis capitis demande les lavages locaux et l'*Arsenic* 5ᵉ a guéri des cas sans aucune application topique.

Psoriasis. — Ici encore le principal remède interne est l'*Arsenic* et le régime végétarien. *Sulfur* et *Cinnabar* sont aussi d'un bon effet.

Mais le psoriasis est une des formes de dermatite le plus sujette à récidives ; la combinaison *Sulfur-Arsenic* est indiquée en cas d'insuccès.

Quand l'origine du mal est syphilitique — et alors le pronostic est plus favorable — le *Mercure* est indiqué. *Sepia*, mais en trituration, a donné des résultats que la dilution n'a jamais produits ; la trituration sera la 3ᵉ, 4ᵉ ou 5ᵉ. La

variété dans le régime de table, et le végétarisme ont amené, avec le traitement de bons résultats.

Hydrocotyle asiatica, en teinture, quand il existe un prurit à la plante du pied, et rien dans la paume de la main.

PRURIGO. — Cet état passe pour très difficile à guérir. On cite des cas où *Arsenic* agit comme spécifique. *Mercure* 3e trit. est aussi un bon remède. Dans des prurits persistants, on peut employer *Morphine* en 3e et 4e trit. L'observation qu'une injection de *Morphine* donnée dans une colique hépatique, a développé chez le malade un tel prurit qu'il n'a pu s'endormir, bien que calmé de ses douleurs, fait voir l'opportunité du médicament au point de vue homœopathique.

STROPHULUS, OU LICHEN URTICAIRE DES ENFANTS. — Important à soigner parce qu'il peut dégénérer en prurigo, demande un bain de son quotidien, et application sèche de talc en poudre. *Calc. carb.* a donné de bons effets chez les enfants gras. *Sulfur et Mercure* ont aussi bien réussi.

TYPES CLINIQUES CORRESPONDANT AUX MÉDICAMENTS.

Aconit. Eruptions exceptionnelles ; vésiculeuses, rarement bulleuses et pustuleuses.

Acétanilide. Formes accidentelles ; érythémateuse, pustuleuses. Souvent, cyanose, surtout des lèvres, de la face, des extrémités.

Alcool. Forme rare, érythème, urticaire, s'étendant partout.

Anacardium. F. rare, urticaire, vésicules, bulles.

Antimonium. Eruption rare ; vésico-pustuleuse.

Antipyrine. E. rare, varioliforme, érythème pustuleux,



polymorphe, scarlatiniforme, urticaire ; soif, prurit ambulant, suivi parfois de desquamation. Siège au tronc, aux plis articulaires, à la face, et aussi aux pieds, aux mains. Erythème papuleux laissant une rougeur et un pigment durant quelques semaines. Coloration noire du pénis.

Antitoxine. Assez fréquemment : érythème simple, scarlatineux varioliforme, d'urticaire, pouvant amener des desquamations. Production après des prodromes, ou bien subite avec pyrexie et gonflement articulaire ; éruption succédant aux injections. Les pétéchies sont une exception.

. *Arsenic.* Produit rarement des pétéchies. Ce remède peut produire presque toutes les formes d'éruption, de l'érythème à la gangrène.

La région génitale, surtout le scrotum, peut être le siège d'éruption ulcéreuse, gangréneuse même. L'*herpes zoster* a été souvent observé. Un usage prolongé d'*Arsenic* peut produire des taches sur le tronc, comme aussi l'épaississement de callosités aux mains, aux pieds, aux coudes, dégénérant même en épithéliome.

Belladonne. Surtout chez les enfants, cause des éruptions, d'ordinaire scarlatiniforme, peu durables quand on cesse le remède. On a vu des gangrènes du scrotum. Le prurit est parfois très vif.

Bromures. Eruptions fréquentes, papules, pustules au visage, aux épaules, au dos, disposées en groupes, confluents et en saillies. Erythèmes allant jusqu'au vrai furoncle charbonneux ; rarement on voit des vésicules. Les éruptions des bromures sont plus durables que les autres.

Acide benzoïque. Eruption rare d'érythème, pustules érythémateuses, ortiées le plus souvent. Le *Benzoate de soude* donne des écailles à la suite d'érythème polymorphe.

A. borique, borax. Eruption rare ; érythème, papules,

vésicules, d'aspect enflammé, surtout dans les cheveux, au cou, à la face ; un long usage du remède cause la chute des cheveux, qui cesse aussitôt cet abus supprimé. Le *Borax* produit cela plus rarement.

Calcar. sulf. Eruption rare, pustules, furoncles, plus rarement pétéchies.

Cannabis indic. produit rarement des vésicules plus ou moins étendues, rares pétéchies.

Canthar., rares pustules et érythème.

Capsicum, production rare de pustules et d'érythème.

Chinolin, érythème assez fréquent, observé après une prise du médicament de 6 à 20 jours.

Chloral. Eruption scarlatiniforme avec fièvre d'ordinaire. Congestion de la bouche et des conjonctives. Parfois urticaire, papules, vésicules, exceptionnellement bulles, furoncles, pétéchies et ulcéres. Chez les enfants ulcères de la cornée et de la langue.

Amidchloral. Exceptionnellement éruption ponctiforme, érythème bulleux, rougeur de la muqueuse du nez, de la bouche, coryza, fièvre et desquamation.

Chloroforme ; érythème punctiforme ou avec macules.

Huile de foie de morue : éruption rare, acnéiforme, vésiculaire.

Condurango, éruption rare, acnéiforme, furoncles.

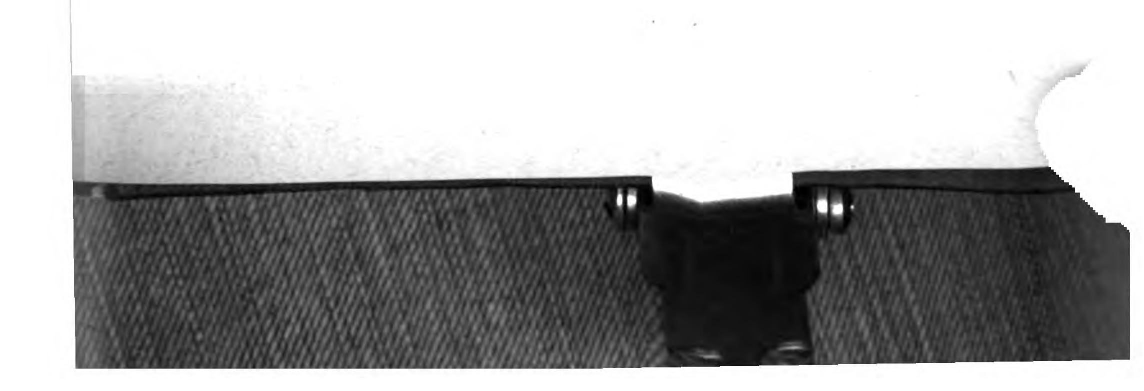
Conium, rarement érythème, papules et érysipèle.

Copahu et *cubèbe* combinés : production fréquente d'érythème polymorphe, rarement vésiculaire, papuleux, bulleux, avec vif prurit.

Digitale : exceptionnellement production d'érythème, papules urticaire, érysipèle.

Dulcamara : érythème, urticaire avec desquamation.

Secale : seulement après un usage prolongé, il se fait des



vésicules, papules, même des furoncles gangréneux, surtout circonscrits aux extrémités.

Guajacum, éruption rare, miliaire, érythémateuse.

Hyosciamus : parfois érythème, urticaire avec œdème, exceptionnellement purpura scarlatiniforme.

Iode et *Iodures :* papulo-pustules du visage, des épaules et même du dos ; quelquefois il peut s'y mêler des papilles, des condylomes, avec croûtes et aspect de rupia. Manifestations tenaces et durables, et pouvant arriver souvent à l'ulcération. Les *Iodures de sodium* donnent moins de ces complications.

Iodoforme : exceptionnellement il sort des érythèmes, pustules, bulles ou pétéchies. Des symptômes généraux peuvent se produire jusqu'à la néphrite, au délire, à la mort.

Ipéca : taches circonscrites d'érysipèle plus ou moins étendu.

Jaborandi : rares taches d'érysipèle, miliaire, papuleux. Sueur abondante.

Mercure: donne fréquemment l'érythème scarlatiniforme, papuleux, pustuleux herpétiforme, bulleux, furonculeux, ulcéreux, surtout après les fortes doses.

Huile de Ricin, éruption rare d'érythème prurigineux.

Opium : production rare d'érythème à type scarlatineux, polymorphe, avec prurit violent ; desquamation possible, plus rarement urticaire, exceptionnellement vésicules, bulles, pustules, furoncles ou papule charbonneuse.

Piper Meth., le suc produit une dermatite exfoliative.

Phénacétine, parfois éruption d'érythème papuleux.

Acide phosphorique, *Phosphore* : production de bulles, de purpura.

Plumb. (*acet. et carb.*) érythème et purpura.

Chlorure de Potassium, par moment érythème papuleux, polymorphe, cyanosé.

China et Quinine : érythème scarlatiniforme avec ou sans écailles. Plus rarement urticaire, purpura, papules, bulles, érysipèle gangréneux surtout au scrotum. Des symptômes généraux de fièvre peuvent compliquer ces éruptions ; la desquamation peut se faire par plaques, et même sur la totalité des mains, comme d'un gant qui se détacherait. Ce sont ici des idiosyncrasies. Parfois le prurit peut être très violent.

Rheum : quelquefois érythème desquamatif.

Salicylates et *A. Salicylique :* l'éruption qui n'est pas fréquente, est érythémateuse, scarlatiniforme, ortiée, avec ou sans desquamation, quelquefois bulleuse, couleur pourpre ou gangreneuse.

Salol : urticaire, assez rare.

Salipyrine : œdème et perte de substance.

Santonine : urticaire avec œdème et desquamation.

Nitrate d'argent : pigmentation ardoisée ; en certains cas érythème.

Stramonium : éruption rare ; quand elle existe, est en forme d'érythème, plus rarement érysipèle et purpura.

Nux vom. : miliaire scarlatiniforme avec prurit.

Sulfonal : érythème scarlatiniforme avec desquamation et prurit, plus rarement, varioliforme et purpura.

Tanacetum : varioliforme, par exception.

Tannin : éruption, rare, érythème, urticaire.

Goudron : rare, érythémateuse, rubéolique, urticaire.

Acet. de Thallium : alopécie plus ou moins marquée.

Tuberculine : éruption, quelque fois seulement, érythème, scarlatineux, morbilliforme, avec ou sans écailles, et par moment en forme de psoriasis.



Térébenthine : peut quelquefois développer de l'érythème scarlatiniforme ou rubéoliforme ; des vésicules plus rarement, des pustules de l'urticaire.

Valériane : en des cas rares un semblant d'urticaire.

Veratr.-viride : éruption rare, érythème et pustules.

Viburnum prunifolium : par exception éruption scarlatineuse suivie de desquamation.

(*Zeitschrift des Berliner Ver. homoop. Aerzte, avril* 1909.)

Dr Picard (de Nantes).

JOURNAUX FRANCAIS

A PROPOS DE LA DÉCLARATION OBLIGATOIRE DES MALADIES CONTAGIEUSES

M. Desfosses, dans le n° 64 de la *Presse Médicale*, constate l'indifférence des médecins vis-à-vis de la loi portant obligation de la déclaration des maladies contagieuses.

Il est très vrai, que le corps médical s'est refusé absolument à suivre les invitations de l'administration supérieure qui prétendait exiger d'eux la déclaration des cas de maladies contagieuses développés dans leur clientèle. J'ajoute que ce défaut de concours qu'on reproche au corps médical a ses causes dans la nature même du problème à résoudre.

Le médecin praticien ne fait pas et ne fera pas les déclarations qu'on lui demande, non seulement parce que cette déclaration ouvre les portes de sa clientèle privée aux investigations administratives, que ces investigations sont à la fois désagréables aux malades et tracassières pour le

médecin, mais encore parce qu'elles ont été toujours inutiles, et que dans les pays où elles sont d'une application générale elles n'ont jamais diminué une épidémie.

Les remarques qui précèdent s'appliquent seulement à la déclaration des maladies contagieuses endémiques ; mais ces règles ne doivent pas s'apliquer à la prophylaxie de ces grandes épidémies qui viennent à des époques éloignées visiter des contrées dans lesquelles ne se présentent que sous forme d'épidémies. Dans cette dernière catégorie de faits, l'isolement, la quarantaine, les désinfections réussissent quand elles sont strictement appliquées à éteindre sur place et à arrêter la propagation des épidémies. La déclaration de ces maladies resterait donc une obligation morale pour le médecin.

Le séro-diagnostic de la syphilis

Le professeur Wassermann a fait une communication sur cette question au XXXIXe Congrès de Lille (*Bulletin médical*, n° 65).

L'auteur fait d'abord remarquer que la réaction spécifique est susceptible de disparaître sous l'influence du traitement et que cette réaction peut reparaître même après un traitement bien fait avant d'avoir été annoncée par les symptômes cliniques.

Enfin et nous laissons la responsabilité de cette assertion à l'auteur de cette communication, la séro-réaction serait constamment positive soit dans le sang, soit dans le liquide céphalo-rachidien au cours de la paralysie générale et du tabès.

Il résulte de ces faits qu'on doit soumettre périodiquements les syphilitiques à l'examen du sang et instituer un

traitement énergique jusqu'à ce que la réaction soit négative.

Des enquêtes faites dans les hôpitaux allemands, il résulte que chez 30 0/0 d'enfants idiots la réaction du sang a été positive et a permis d'instituer un traitement précoce et efficace.

Comme conclusions, M. Wassermann propose au Congrès d'émettre le vœu que dans toutes les maisons d'accouchements, on pratique l'examen du sérum des mères en utilisant le sang placentaire ; si le résultat est positif, des soins hygiéniques et thérapeutiques sont immédiatement appliqués.

Cette communication a été fortement appuyée par MM. Calmette et Thibierge de Paris.

Nouvelles études sur le traitement abortif de la syphilis

M. Hallopeau de Paris, dans la même séance, fait une communication sur le traitement abortif de la syphilis. Ce traitement qui a pour premier agent l'atoxyl auquel s'ajoute un peu plus tard le mercure et l'iodure de potassium nous semble loin de présenter pour les malades les garanties du traitement classique, mercure suivi de l'iodure de potassium; ajoutons que nous trouvons prudent de s'en tenir à la thérapeutique classique de la vérole.

L'uro-réaction dans le diagnostic de la tuberculose

D'après une communication de M. Malméjac, pharmacien-major à Lille, la longue persistance de l'acidité urinaire serait un signe certain et précoce de la tuberculose.

Si on recueille les urines d'un tuberculeux et qu'on les



conserve au contact de l'air, ces urines gardent leur acidité pendant un temps variant de douze jours à trois mois, tandis que les urines d'individus sains conservés dans les mêmes conditions ne gardent leur acidité que de trois à dix jours.

Ce signe se montre d'une manière précoce dans la tuberculose et permet un diagnostic précoce.

La radiothérapie appliquée a l'acné sébacée concrète

La radiothérapie a une action curative sur l'acné sébacée concrète; mais à cette condition, paradoxale au moins en apparence, c'est qu'on modifie les rayons les plus pénétrants et qu'on modère leur intensité en leur faisant traverser un corps jusqu'à un certain point isolant, comme le plomb et le papier.

Sur le mécanisme de l'action du chlorure d'éthyle

L'anesthésie générale produite par le chlorure d'éthyle est toujours de courte durée. Aussi cette anesthésie à des indications spéciales et doit être réservée pour les opérations courtes. En général cette narcose est exempte de dangers, non seulement parce que le chlorure d'éthyle est peu toxique, mais aussi parce qu'on ne prolonge pas son action trop longtemps.

En effet, lorsqu'on veut produire son effet dans des expériences sur les animaux par exemple, on ne tarde pas à produire des convulsions.

Une condition de succès pour cet anesthésique, c'est qu'il soit administré lentement, graduellement et à dose minima. On doit toujours employer des ampoules refroi-

dies à 0°, pour le début au moins ; on réchauffe ensuite lentement le réservoir.

M. Camus indique les doses suivantes : 1 cent. cube jusqu'à 8 ans, 2 cent. cubes jusqu'à 15 ans et 3 cent. cubes à partir de cet âge. La narcose obtenue par le chlorure d'éthyle ne doit pas dépasser un quart d'heure. (XXXVIIIe Congrès de Lille, 2 au 7 août.)

Les antitoxines cérébrales

M. Page, de Bellevue, publie dans le numéro du 21 juillet de la *Revue médicale* un travail sur l'antitoxine cérébrale. Cette antitoxine ne serait autre chose qu'une sorte d'extrait de cerveau soluble seulement dans l'éther. Cette antitoxine en injections hypodermiques à la dose de 2 cent. cubes dans les cas bénins et de 3 cent. cubes dans les cas graves pendant des périodes de dix jours coupées par des intervalles de repos égaux ont donné des résultats thérapeutiques très satisfaisants dans le traitement de la neurasthénie et des vésanies à formes mélancoliques.

Ces injections augmentent la tension artérielle, la force musculaire, l'appétit, et donnent une augmentation de poids et un bien-être qui incite les malades à réclamer impatiemment l'usage de ces injections.

Après cette étude clinique, l'auteur aborde le chapitre des explications : l'antitoxine cérébrale agirait contre l'intoxication devenue la cause banale de toutes ces maladies.

Voici le résumé de l'auteur : 1° Il y a dans le cerveau une antitoxine spéciale et qu'on peut isoler.

2° Cette substance serait une antitoxine dont l'action se manifeste par une augmentation de la pression artérielle, une hyperphosphaturie, puis une diminution des éthers sul-

fo-conjugués et de l'indican, enfin l'augmentation de la force et du poids total.

3° L'injection sous-cutanée quotidienne de cette antitoxine améliore un grand nombre de maladies nerveuses et en guérit d'autres, plus radicalement et plus rapidement que tous les autres médicaments.

Traitement de l'ozène par la haute fréquence

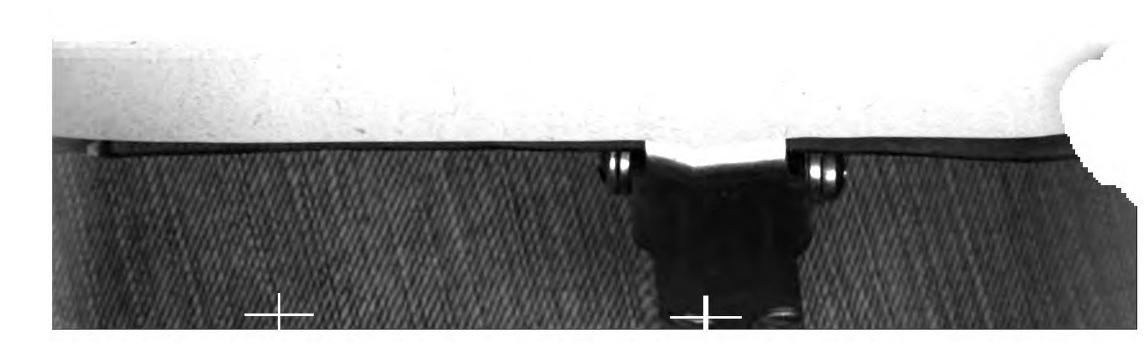
MM. Zimmern et Gendreau affirment avoir eu une amélioration et même des guérisons dans le traitement de l'ozène par la haute fréquence. Le traitement consiste à introduire après le nettoyage des fosses nasales une petite électrode condensatrice dans chaque fosse nasale. L'électrode reste de quatre à cinq minutes; les séances ont lieu trois fois par semaine et le traitement à une durée d'environ trois semaines (*Bulletin Médical*, 726).

Bourdonnements, surdité et vertige
traitement électrique

Les auteurs cités dans le paragraphe précédent ont obtenu par les courants galvaniques et les courants de haute fréquence la guérison ou au moins l'amélioration des bourdonnements d'oreille et de la surdité liés à l'existence d'otite scléreuse. Le traitement est long et exige au moins de 30 à 40 séances.

Traitement de la gangrène sénile par l'électricité

MM. Delherme et Laquerrière rapportent des cas de guérison de gangrène sénile par la haute fréquence.



Des indications du lavement électrique

M. Lejars expose ces indications qu'on peut résumer ainsi : Le lavement électrique doit être employé:

1° Dans les cas d'occlusion incomplète, résultat d'une constipation habituelle.

2° Dans les occlusions dynamiques amenant de l'obstruction stercorale, le lavement électrique appliqué de bonne heure est très efficace.

3° Dans les occlusions par cancer ou autres tumeurs, il doit être employé avec réserve.

4° Dans le traitement de l'iléus aigu : le lavement électrique sera employé avec réserve, et on ne devra pas insister si le résultat est négatif.

L'existence d'une péritonite ou d'une appendicite est une contre-indicaton à l'emploi du lavement électrique.

La vaccination antituberculeuse des bovidés

M. Rappin, à la suite d'expérience poursuivies depuis plusieurs années, estime que par l'injection intra-veineuse de bacilles de la tuberculose humaine et bovine modifiés par l'action du fluorure de sodium, il est possible de conférer aux animaux, en particulier aux bovidés, une résistance manifeste à l'injection par voie intravasculaire du virus tuberculeux et que cette résistance ainsi conférée est telle qu'au point de vue clinique elle revêt tous les caractères d'une véritable immunisation. L'emploi des bacilles modifiés par le fluorure de sodium est susceptible de constituer la base d'une méthode de vaccination qui, dès maintenant, pourrait entrer dans la voie d'une application pratique pour lutter d'abord contre la tuberculose de l'espèce bovine.



Péricardite sèche, intoxication par le sublimé

Mlle X... absorbe 6 paquets de 0 gr. 25 de sublimé dans le dessein de provoquer un avortement ; voici les symptômes produits par l'absorption de ce mercure : douleurs atroces de l'estomac, peu de vomissements, diarrhée sanglante, dysentériforme, stomatite intense, oligurie et albuminurie ; apyréxie complète. Le cinquième jour après l'empoisonnement, symptômes d'avortement; hémorragie qui nécessite le curetage de l'utérus.

Les symptômes de l'intoxication s'accentuent de plus en plus: amaigrissement considérable, pâleur de la face, stomatite, oligurie, anémie profonde. Le sang examiné donna des cultures négatives. Douleurs précordiales, frottements, dyspnée, tachycardie et pendant quinze jours on peut suivre l'évolution d'une péricardite, qui est apparue vers le dixième jour de l'empoisonnement et s'est terminée par la guérison au bout de trois semaines.

Cette péricardite est d'origine toxique et non infectieuse c'est-à-dire qu'elle a été constamment amicrobienne.

(*Presse médicale*, n° 65).

VARIETES

Infection

Quand je commençais mes études médicales il y a soixante-dix ans, les doctrines de Broussais régnaient sans conteste et toutes les maladies étaient de nature inflammatoire ; ces inflammations aiguës ou chroniques étaient lo-

calisées sur les organes digestifs, et la *gastrite* était comme aujourd'hui l'infection, la cause prochaine de toutes les maladies.

En 1838, quand pour la première fois je pénétrai dans une salle d'hôpital, guidé par l'interne de service, cette salle de 60 lits ne contenait que des gastro-entérites aiguës ou chroniques. Aujourd'hui, elle ne contiendrait que des infectés.

Une infection, dans l'école actuelle, est l'envahissement de l'organisme par un microbe pathogène; donc aujourd'hui, le plus grand nombre des maladies reconnaissent pour cause prochaine un microbe pathogène.

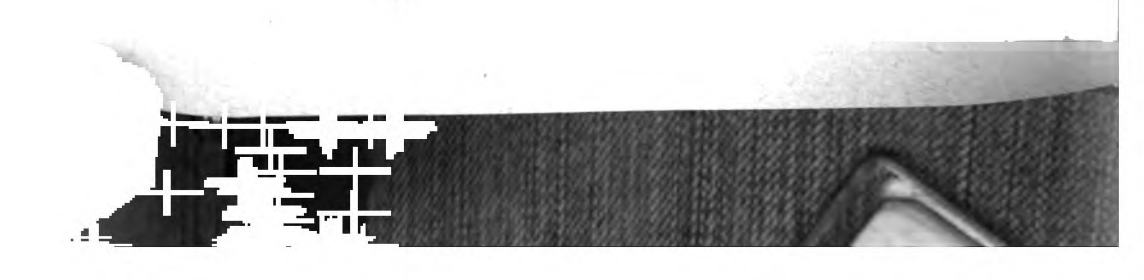
Les autres maladies *amicrobiennes*, sans microbes, sont pour la plupart dues à des toxines presque toutes hypothétiques.

Les maladies, à quelques rares exceptions près, sont donc microbiennes, par conséquent de cause externe. Cet enseignement représente une erreur: erreur au point de vue de la pathologie générale, erreur au point de vue pratique.

En pathologie générale, il est démontré que la cause prochaine de la maladie n'est jamais une cause externe, pas même un microbe, mais bien une disposition de l'organisme à être malade d'une manière définie.

Au point de vue pratique, la théorie qui fait des maladies des infections conclut fatalement à la désinfection en thérapeutique. Un malade est un infecté: donc il faut le désinfecter: conclusion logique, mais anti-médicale au premier chef.

Nous rejetons donc la théorie de l'infection non seulement parce qu'elle est fausse en pathologie générale,



mais aussi parce qu'elle conduit à une thérapeutique stérile.

Si nous rejetons pour les raisons exposées ci-dessus la doctrine de l'infection en pathologie, ce n'est pas que nous voulions nier la nature microbienne des maladies, mais rétablir la véritable doctrine étiologique dont l'enseignement se résume ainsi : chaque espèce animale possède une prédisposition définie à être malade, et cette prédisposition étant définie, les maladies sont elles-mêmes définies et propres à chaque espèce.

C'est cette prédisposition définie qui fait les maladies avec le concours des causes externes : la cause externe reste absolument subordonnée à la prédisposition.

Les microbes sont de véritables causes externes et sont à ce titre subordonnés à la prédisposition.

Nous pourrons donc conclure que l'infection étant une action microbienne est soumise à la prédisposition définie qui favorise, empêche ou modifie son action, comme toutes les causes externes.

Sur la classification rationnelle des maladies mentales

M. Kéraval publie dans la *Presse médicale* du 1er septembre un essai de classification des maladies mentales.

Il existe une légende sur Pinel ; ce médecin aurait fait *tomber les chaînes des aliénés*, pour reproduire le style ampoulé de cette époque de la médecine. Or Pinel n'a point fait tomber les chaînes des aliénés, parce que depuis plusieurs siècles déjà les aliénés n'étaient plus enchaînés ; mais s'il n'a point fait tomber les chaînes des aliénés, il a encore moins élucidé les problèmes qui se rattachent à



l'étude de ces affections. Laissons donc Pinel dans le pénombre de la légende et arrivons à l'homme qui a véritablement posé les bases de la pathologie mentale : à Esquirol.

Ce qui a permis à Esquirol de constituer l'histoire clinique des vésanies (c'était le nom qui autrefois désignait ces maladies), c'est qu'il a pris pour base de son travail le côté clinique, qu'il s'est occupé de décrire les symptômes, les lésions, la marche et la terminaison de ces maladies sans se préoccuper outre mesure des explications déjà à la mode de son temps.

L'influence d'Esquirol a été considérable : ses élèves et ses successeurs ont continué son œuvre et grâce à eux, nous possédons aujourd'hui une pathologie assez complète des affections mentales.

Depuis quelques années, un mouvement inverse s'est produit : les hypothèses sur la nature de la folie sont revenus en honneur : naturellement l'infection et les empoisonnements ont inspiré cette récente étiologie ; malheureusement pour ce système, si on excepte les empoisonnements véritables dus au plomb, à la morphine, à la cocaïne, et principalement à l'alcool, si on fait rentrer dans le chapitre des symptômes les troubles mentaux dus à d'autres maladies comme l'hystérie et l'épilepsie, si dans un troisième chapitre on range toutes les psychoses accompagnées de lésions organiques constantes comme la paralysie générale et les différentes variétés de la démence, les troubles dus aux arrêts de développement, il restera peu de chose pour l'espèce morbide qui mérite le nom de folie et il faudra renoncer aux intoxications et aux infections puisqu'on ne rencontre ni microbe, ni poison pour expliquer l'exstence de cette maladie.

Vient maintenant l'essai de classification de M. Kéraval: dans un premier chapitre, l'idiotie, l'imbécilité, le crétinisme et les débilités mentales ; dans un deuxième chapitre, les troubles moraux, symptomatiques d'autres maladies comme l'hystérie et l'épilepsie ; dans un troisième chapitre les empoisonnements proprement dits par l'alcool, le plomb, etc. ; dans un quatrième chapitre, les aliénations consécutives à la fièvre typhoïde, à la fièvre puerpérale et à l'influenza ; le délire aigu vient ensuite avec un point d'interrogation sur la place qu'il doit tenir dans la classification ; vient ensuite un chapitre très confus sur les troubles mentaux dus aux altérations des glandes vasculaires ; enfin les affections, la lésion constante, la paralysie générale, la démence ; un dernier chapitre comprend la manie et la mélancolie, le délire systématisé qui ne sont que des symptômes ; enfin les démences et toutes les dégénérescences mentales.

Nous n'avons rien à dire de ce plan de classification aussi banal et aussi peu médical que possible.

Nous nous permettrons de reproduire une classification que nous avons présentée à l'Institut, il y a déjà bien des années ; cette classification est médicale ; elle repose à la fois sur l'ensemble des symptômes et des lésions, la marche et la terminaison de la maladie; elle laisse de côté toutes les aliénations mentales symptomatiques et ne classe que les formes de la folie ; voici cette classification :

1° Forme bénigne avec deux variétés : une caractérisée par une aliénation à grand orchestre, l'autre par la stupeur ; cette forme guérit habituellement dans les six premiers mois.

2° Forme commune, à début lent, d'une durée longue, présentant des variétés nombreuses, déterminée tant par la

prédominance de certains symptômes que par la marche de la maladie ; cette forme presque toujours incurable, se termine habituellement par un état d'accalmie considérable, d'une durée indéfinie caractérisé par des idées fixes et des impulsions anxieuses ; quand cette forme de la maladie guérit, cette terminaison arrive le plus souvent dans les deux premières années.

3° Forme périodique, habituellement à forme maniaque, d'une durée de quelques semaines, se représentant plusieurs fois dans la vie du malade, à des intervalles d'une ou plusieurs années de distance.

4° Le délire aigu caractérisé par la manie, d'une grande agitation, l'insomnie, le refus des aliments et le plus souvent la mort après quelques semaines. Quand la guérison doit avoir lieu, elle s'annonce par le retour du sommeil.

5° La démence et ses différentes formes.

C'est dans la forme commune qu'il faut faire rentrer la folie circulaire et c'est la double forme; la forme paralytique, méningo-encéphalique diffuse, est une affection de la même nature que l'ataxie locomotrice et ne doit pas être conservée au nombre des vésanies.

Dr P. Jousset.

Le Propriétaire-Gérant : Dr P. Jousset.

Paris. — Typ. A. Davy, 52, rue Madame. — *Téléphone 704.19.*

L'ART MEDICAL

NOVEMBRE 1909

THERAPEUTIQUE GENERALE

DES NOVATEURS EN HOMŒOPATHIE.

Dans son livre « *Essais sur un nouveau principe* », publié en 1796, Hahnemann, nous l'avons déjà dit plusieurs fois, a constitué la thérapeutique homœopathique. Il a emprunté à la tradition hippocratique, la loi d'indications qui gouverne cette thérapeutique, et à son propre génie, la création de la matière médicale expérimentale, et la nécessité des petites doses.

Ainsi constituée sur cette base, loi des semblables, matière médicale expérimentale et petites doses, la thérapeutique méritait enfin le nom de science positive.

Grâce à sa prodigieuse érudition, Hahnemann réunissait ensuite un faisceau considérable de faits et d'observations cliniques. Ces faits, puisés à toutes les écoles, constituaient à la fois des exemples de l'application de la loi de similitude, et une démonstration de sa vérité.

Cet enseignement eut une très grande influence sur le mouvement scientifique du XIXe siècle, et on put espérer que la thérapeutique avait enfin trouvé sa voie. La constitution d'une école homœopathique dans les deux mondes

démontra la vitalité de cette doctrine, à laquelle les travaux récents de Pasteur vinrent donner une autorité scientifique que n'avait jamais eue aucun système médical.

Mais, comme l'enseigne l'histoire du passé, en médecine, les doctrines sont essentiellement changeantes, c'est un terrain sur lequel poussent les systèmes les plus contradictoires et les médecins, comme les Athéniens du temps de saint Paul, trouvent leur bonheur à dire et à entendre des choses nouvelles.

Nous ne devons donc, ni nous étonner, ni nous plaindre de ce que Hahnemann, après avoir posé les bases d'une thérapeutique, qui méritait assurément le nom d'expérimentale et de positive, se soit laissé aller à une sorte de mysticisme. De ce mysticisme est sorti la croyance à la puissance curative illimitée du médicament, produite par le nombre des secousses imprimées aux dilutions : et comme conséquences de ce principe, les résultats fantastiques attribués à l'action d'un seul globule.

Entraîné dans cette voie extra-scientifique, un certain nombre de médecins, oubliant les lois formulées par Hahnemann pour réglementer la thérapeutique, se lancèrent dans les systèmes qui s'éloignent de plus en plus des règles consignées dans le livre de 1796.

Au lieu de chercher dans l'histoire des médicaments un ensemble de symptômes analogues à celui de la maladie qu'on peut guérir, les novateurs, recherchent habituellement dans la maladie à traiter, un symptôme bizarre, qui ne présente aucune importance au point de vue du pronostic, mais qui, par sa bizarrerie même, caractérise le cas particulier. Ils appliquent, comme traitement, un médicament qui produit aussi, sur l'homme sain, ce même symptôme particulier.

Ainsi, tel malade, qui se plaint d'être impressionné désagréablement par telle ou telle odeur, par un timbre de voix, par un instrument de musique, et par tout autre cause aussi banale, trouvera sa guérison dans le médicament qui produit chez l'homme sain des sensations analogues.

Dans cette thérapeutique, il ne s'agit plus de rechercher parmi les médicaments l'ensemble des symptômes correspondant à un ensemble analogue chez le malade. C'était la méthode de nos pères. Elle nécessitait la connaissance approfondie de la symptomatologie et de la matière médicale. Pour posséder cette double connaissance, il fallait du travail et les médecins instruits pouvaient seuls appliquer cette méthode.

Aujourd'hui, le choix du médicament devant être posé par la constatation d'un symptôme bizarre, et cette constatation étant de la compétence de tous ceux qui approchent le malade, il n'est plus nécessaire d'avoir étudié les problèmes de la thérapeutique pour être médecin.

La tendance à adopter cette thérapeutique nouvelle, s'est malheureusement trop généralisée, et c'est pour cela que nous avons cru devoir appeler l'attention de nos confrères sur les grands inconvénients qu'elle présente.

Cette école nouvelle, qui s'est propagée surtout en Allemagne et en Amérique, affiche la prétention de guérir les maladies les plus incurables avec quelques globules d'un médicament porté à une dilution très élevée, la 5.000[e], la 20.000[e], par exemple. Vous pouvez lire dans certains livres dont j'ai oublié les titres, des guérisons de tuberculose, de cancer, même, par centaines. Les médecins de cette école ont une audace d'affirmation qui est déconcertante ; ils parlent sans hésitation de centaines de co-



queluches, guéries en quelques jours ; la guérison d'un lipôme, n'est pour eux qu'un jeu, et ils citent des cas de cancer de l'estomac guéris après évacuation de la substance cancéreuse par les selles.

Pour cette école, la guérison des affections organiques les plus graves n'est que jeu d'enfant.

Toutes ces nouveautés thérapeutiques ont des caractères communs. Ces caractères communs sont l'usage de dilutions très élevées allant jusqu'à la 20.000e et et au delà ; l'administration d'une seule dose de médicament ; cette dose ne devant être renouvelée ou remplacée qu'après plusieurs jours et quelquefois plusieurs semaines ; un troisième caractère de cette thérapeutique, c'est de négliger l'ensemble des symptômes pathologiques et médicamenteux qui, autrefois, servaient de base à nos indications pour s'attacher à la recherche d'un symptôme particulier quelquefois sans importance pathologique, mais qui caractérise, ou, pour parler le langage consacré, qui individualise le cas à traiter.

Cette nouvelle méthode thérapeutique a pour conséquence directe les nécessités d'avoir à sa disposition des médicaments depuis les 1res dilutions jusqu'aux 20.000es. Or, on comprend facilement qu'il est impossible d'avoir à sa disposition des médicaments préparés suivant la technique de Hahnemann et poussés jusqu'à la 20.000e dilution. Aussi les hauts dilutionnistes ont-ils forcément abandonné la technique hahnemannienne pour la préparation des dilutions, et ont adopté des méthodes différentes de la valeur desquelles nous devons maintenant nous enquérir.

Rappelons d'abord en peu de mots la préparation des dilutions par les procédés de Hahnemann, procédés devenus classiques depuis près d'un siècle.



Les dilutions hahnemanniennes sont des préparations qui ont pour résultats l'union intime et molécule à molécule d'un excipient liquide ou solide avec une substance médicamenteuse.

Pour obtenir cette union de molécule à molécule dans les médicaments liquides, voici la technique classique dans notre école :

Dans un flacon d'une capacité de 7 à 8 grammes, on verse 5 grammes d'alcool, et on ajoute deux gouttes de teinture mère d'un médicament ; on bouche exactement ; on agite vigoureusement le petit flacon contenant les dilutions ; après 25 à 30 secousses, chaque goutte de ce premier flacon représente une particule de médicament intimement mélangée avec l'excipient.

Deux gouttes de cette 1re dilution versées dans un flacon contenant 5 grammes d'alcool et agité fortement comme le précédent constitue la seconde dilution.

Avec 30 flacons semblables, on arrive à faire les 30 dilutions : c'était là la méthode des premiers homœopathes ; elle est sûre dans ses résultats et n'est point inapplicable, puisqu'en moins de trois quarts d'heure, nous avons toujours fait nos 30 dilutions.

Ainsi la technique primitive de Hahnemann consistait à faire chaque dilution dans un flacon séparé ; ce flacon devait être petit, de 7 à 8 grammes au plus, et il devait être secoué fortement au moins 25 fois.

Pourquoi Hahnemann s'est-il servi d'un flacon de quelques grammes : c'est parce que l'union intime du médicament ou des dilutions ne pouvait s'obtenir que dans un petit vase. Dans un flacon de quelques grammes, les molécules liquides reçoivent toutes l'impulsion des secousses. Si, au lieu de mettre 5 centigrammes dans 5 grammes de

liquide pour faire une dilution, vous mettiez 1 gramme de médicament dans un litre de liquide, vous auriez bien plus difficilement le mélange intime obtenu dans 5 grammes de liquide.

Ajoutons que les médecins qui pratiquent l'homœopathie constatent chaque jour l'action des 30es dilutions, ce qui prouve que la technique employée pour ces préparations assure la présence du médicament dans les divisions les plus infinitésimales.

Nous sommes amenés naturellement, par ce qui précède, à dire un mot des différentes méthodes inventées pour remplacer les dilutions à la main.

Toutes ces méthodes se ressemblent, toutes ont le même défaut.

Elles se ressemblent parce qu'elles s'obtiennent avec des machines, et qu'elles se bornent à un simple lavage, sans que chaque dilution soit l'objet de ces secousses, condition nécessaire d'un mélange parfait ; si j'ajoute que chaque médecin, partisan de ces hautes dilutions, se sert exclusivement, soit des globules fabriqués par lui-même, soit de ceux, produit de la fabrication de MM. X..., Y... ou Z... Il en résulte que dans les relations cliniques, ou au cours des discussions, quand on parle d'une 200e, d'une 1.000^{e}, ou d'une 20.000^{e}, il faudrait, pour être exact, ajouter que cette dilution vient de M. Tel ou Tel.

Ces hautes dilutions ne présentent donc rien de fixe ; elles varient avec leur auteur, enfin elles n'existent pas dans les pharmacies, et le médecin qui veut les employer est obligé de les emprunter à un confrère, ce qui nous a permis déjà d'écrire que ces médicaments constituaient des remèdes secrets, dont l'usage était incompatible avec l'honorabilité médicale. Ajoutons que, si l'on tient compte



du genre d'esprit de la plupart des médecins qui emploient ces doses extra-infinitésimales, on sera bien vite convaincu que ces observations de guérisons merveilleuses, n'ont pas un caractère scientifique suffisant et doivent prendre place parmi les racontars des gens du monde.

Nous voudrions croire à la bonne foi et à la compétence scientifique de nos confrères, mais quand, en séance publique d'une Société, des affirmations aussi étranges sont énoncées, quand ces affirmations doivent prendre place dans les colonnes d'un journal, un devoir s'impose, et nous n'y faillirons pas.

La guérison de cancers et même de lipômes, par un traitement médical est un fait exceptionnel.

Nous avons vu un certain nombre de cancers externes être améliorés par l'usage de médicaments internes. Nous connaissons même quelques cas de guérison, mais ceux-ci sont extrêmement rares. Quant aux améliorations, elles peuvent être maintenues fort longtemps.

Mais il y a loin de ces succès très modestes, aux guérisons éclatantes affirmées par les pontifes de la nouvelle école ! les guérisons éclatantes n'ont d'autre fondement que l'illusion de ceux qui les annoncent.

Dans toutes lesd octrines thérapeutiques se rencontrent des esprits exaltés, des imaginations sans fin, qui généralisent les faits de guérison dus à la méthode nouvelle, et donnent une importance qu'ils n'ont pas, à tous les faits thérapeutiques de la nouvelle doctrine. Ces exagérations sont propres à discréditer la thérapeutique qu'elles sont destinées à propager.

En résumé, les novateurs ont une influence néfaste sur les progrès de l'homœpathie, et nous ne saurions trop conseiller à nos confrères de revenir à l'exactitude de la

clinique et aux études sérieuses de matière médicale, qui ont assuré la supériorité de la thérapeutique homœopatique.

Dr P. Jousset.

MATIERE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE

Applications médicales du radium.

Traitement des affections cancéreuses.

Après avoir donné un aperçu des appareils servant aux applications du radium, après avoir expliqué les différents rayons qui en émanent et leur action sur la peau saine, M. Dominici arrive à leur application au traitement des maladies cancéreuses.

Il dit des maladies cancéreuses et non du cancer, car il pense, comme la plupart des auteurs, que l'on a rangé sous la rubrique « cancer » des néoplasies différentes les unes des autres, non seulement par leur texture et leur évolution, mais probablement aussi par la nature de l'action étiologique inconnue dont dépend leur génèse.

Ces différentes tumeurs ont cependant des traits communs et une marche analogue ; on peut distinguer dans leur évolution, trois périodes :

1° La période d'accroissement local ;
2° La période des métastases intra-ganglionnaires;
3° La période de généralisation.

Les tumeurs cancéreuses qui ont été soumises au rayon-



nement du radium sont essentiellement des *épithéliomes*, ces *sarcomes* et des *lymphadénomes*.

Les *épithéliomes* se divisent en *épithéliomas pavimenteux et en épithéliomas glandulaires*, suivant qu'ils proviennent de l'épithélium de recouvrement de la peau et des muqueuses ou des cellules épithéliales des glandes.

Les *sarcomes* sont des tumeurs malignes provenant de la transformation et de la multiplication des cellules fixes du système conjonctif de Reichert : l'auteur comprend sous ce nom aussi bien les cellules osseuses ou cartilagineuses que les cellules fixes anastomotiques, les cellules adipeuses, ou encore les cellules musculaires lisses du derme, de l'hypoderme et du tissu conjonctivo-vasculaire. Non seulement les cellules prolifèrent dans le sarcome, mais il se fait aussi une sorte de métamorphose embryonnaire de ces éléments. Suivant le type que revêtent les cellules sarcomateuses, on distingue des sarcomes à cellules et à noyau plus ou moins arrondi ou globo-cellulaire ; sarcomes à cellules fusiformes ; sarcomes à noyau bourgeonnant, etc.

Les *lymphadénomes* sont des tumeurs formées essentiellement par des petites cellules lymphatiques ou lymphocytes, par des cellules ayant la conformation des mononucléaires de la lymphe et du sang et par un stroma conjonctivo-vasculaire à travées grêles.

Entre ces deux dernières espèces de tumeur se range le *lymphosarcome*.

L'application du radium au traitement de ces tumeurs comporte, je le rappelle, trois procédés essentiels qui sont :

1° Utilisation du rayonnement provenant des appareils contenant les sels de radium ;

2° L'introduction dans l'organisme de l'émanation isolée du radium ;

3° L'injection ou l'ingestion des sels de radium solubles ou insolubles, lesquels agissent essentiellement en produisant une certaine quantité d'émanation qui communique une radioactivité induite aux tissus qui se trouvent exposés à son contact. Le premier procédé est le plus employé.

Nous ne reviendrons pas sur la description des appareils dont nous avons parlé dans l'article précédent, mais nous devons nous occuper du mode d'utilisation des appareils.

Comme nous l'avons vu on peut utiliser tous les rayons provenant du radium, *méthode du rayonnement composite*; tantôt utiliser seulement les *rayons ultrapénétrants*, méthode du Dr Dominici ; on obtient ce résultat, comme nous l'avons déjà vu, en interposant entre le radium et le point à traiter une lame de plomb, d'argent ou d'or, et des écrans en papier.

Méthode du rayonnement composite. — L'application des appareils peut se faire de deux manières, consistant, l'une à éviter les escarres massives, l'autre à en déterminer la production.

La première méthode, dont M. Danlos a préconisé l'emploi, consiste à placer les appareils radifères sur les tumeurs, pendant un temps très court, dix minutes, par exemple, en répétant très fréquemment les applications. On peut obtenir ainsi la régression des tissus néoplasiques, sans provoquer d'escarre ni de radiumdermite.

A vrai dire, ce procédé, excellent, ne s'applique qu'à des néoplasmes de petites dimensions, très sensibles au rayonnement. La durée du traitement est extrêmement longue, et certains cancers résistent à son action.



La méthode destructive, dont MM. Wickham et Degrais ont tiré un excellent parti, consiste à disposer à la surface des tumeurs des appareils d'activité 500.000, pendant une durée variant de six à dix heures, en moyenne, par zone d'application. Ces applications s'exécutent en deux ou trois séances, que l'on peut séparer par des intervalles d'un ou plusieurs jours. On suspend ensuite le traitement. Ses effets se manifestent par une réaction intense du tissu néoplasique, suivie de la production d'une escarre qui tombe vers la sixième semaine en découvrant une surface cutanée rouge et squameuse. Celle-ci prend, huit ou dix semaines après la fin du traitement, l'aspect d'une cicatrice blanche, souple et régulière.

Méthode du rayonnement ultrapénétrant. — Les appareils préparés comme nous l'avons dit plus haut, ne laisse passer que les rayons γ et une partie des rayon β. Les rayons α et les rayons β mous qui sont si irritants pour la peau ne passent pas, par conséquent ces appareils agissent sur les tumeurs sans provoquer de réaction à la peau.

Ils sont appliqués sur la tumeur pendant un temps qui varie de vingt-quatre à cent vingt heures et plus. Cette application est continue ou discontinue. Si le malade ne veut pas porter son appareil pendant le jour, on peut se contenter d'applications nocturnes, pendant douze heures ; de toutes manières, l'appareil doit être enlevé une ou deux fois par jour pour être nettoyé et pour que l'on puisse faire en même temps la toilette de la surface du néoplasme.

Après un repos de trois ou quatre semaines, on peut recommencer les applications.

Si la superficie de la tumeur est grande, on la traite zone par zone.



Si la régression commencée s'arrête, après s'être manifestée, on recommencera le traitement. Si la tumeur se montre rebelle, on pourra peut-être arriver à agir sur elle en augmentant l'intensité du rayonnement ultrapénétrant.

Effets thérapeutiques. — Dans les cas favorables, les résultats du traitement sont paranéoplasiques et antinéoplasiques.

Les névralgies profondes s'atténuent graduellement ; la gangrène et l'inflammation surajoutées à la tumeur disparaissent peu à peu ; enfin, le processus néoplasique est lui-même attaqué dans son principe. Les cellules de la tumeur régressent, puis disparaissent ; en même temps des tissus, qui étaient normaux ou simplement enflammés, se dégagent de la masse cancéreuse et concourent à la restauration morphologique des organes, que suit une cicatrisation parfaite.

D'une façon générale, la régression réelle des tumeurs se reconnaît à sa marche concentrique, quel que soit le mode d'application de radium.

Autrement dit, la tumeur diminue le volume en se réduisant de la périphérie vers le centre.

Toute régression qui s'effectue suivant un autre mode doit être tenu pour douteuse, quant à ses résultats définitifs.

Enfin l'aptitude des tumeurs à céder au traitement dépend, non pas tant de leur volume et de leur siège que de leur nature ; et c'est pourquoi les lymphadénomes sont plus sensibles au rayonnement du radium que les sarcomes lesquels, d'une façon générale, paraissent plus susceptibles de guérir que les épithéliomes.

TRAITEMENT DES LYMPHADÉNOMES. — Ces tumeurs sont très sensibles au rayonnement du radium ; on peut efficacement les attaquer avec des appareils à sel collé, supportant 1 milligramme de sulfate de radium pour une surface de 2 à 3 centim. carrés ; ou avec des appareils cylindriques à sel libre contenant de 3 à 5 milligrammes de bromure de radium pur à rayonnement filtré à travers un étui métallique de 4/10e à 5/10e de millimètre d'épaisseur.

Nous rapporterons deux observations.

Dans la première, il s'agit d'une énorme tumeur développée à la fesse gauche d'une femme âgée de 67 ans. — La base de la tumeur s'étendait sur une longueur de 25 c.m. dans le sens vertical et de 18 c.m. dans le sens transversal. — Elle se décomposait à sa surface en tumeurs secondaires, les unes arrondies, les autres cratériformes, en élévation de 2, 3 ou 4 cm. sur la masse totale.

La gangrène, la suppuration et la douleur, dont la tumeur était le siège, compromettaient l'existence de la malade qui était arrivée au dernier degré de cachexie quand fut institué le traitement.

On employa, non pas le rayonnement ultrapénétrant, mais le rayonnement ordinaire d'un appareil de faible intensité : Appareil circulaire de 6 cm. de diamètre, contenant 1 centigramme de sulfate de radium pur sur toute son étendue.

Activité globale de l'appareil : 70.000 : α = 15 0/0.
β = 82,5 0/0
γ = 2,5 0/0

Cet appareil fut placé successivement sur toute l'étendue de la tumeur mycosique dont chaque zone, de dimensions

correspondant à celles de l'appareil, fut soumise au rayonnement de celui-ci, pendant 12 heures. Mais ces applications de 12 heures se subdivisèrent en réalité en 4 applications de 3 heures chacune.

Trois semaines après le début du traitement, la tumeur commença à s'affaisser ; la douleur, la gangrène et la suppuration siégeant au niveau de la tumeur étaient considérablement amoindries.

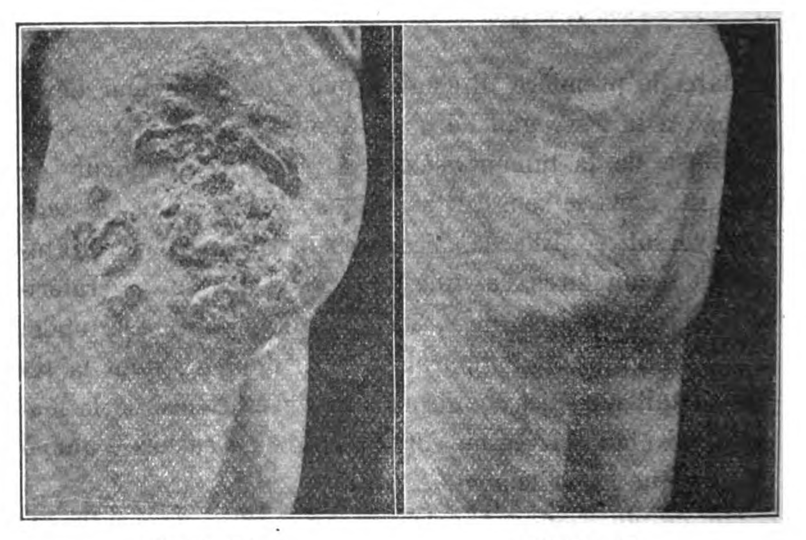


FIGURE 11. FIGURE 12.

Cette amélioration fut suivie d'une régression progressive de la néoplasie telle que la guérison pouvait être considérée comme complète vers la neuvième ou la dixième semaine qui suivirent le début des applications, et cette guérison se maintient encore actuellement (fig. 12.).

A vrai dire, la lésion dont il est question n'était pas un lymphadénome pur, mais représentait un mélange de lymphadénome et de lymphosarcome.

La seconde est une observation de lymphadénome de la parotide que M. Dominici a soigné en novembre 1908, dans le service de M. Bazy, à l'hôpital Beaujon.

La région parotidienne gauche de ce malade était complètement hypertrophiée dans toute son étendue, et l'augmentation de volume de cette zone était due au développement d'une tumeur très volumineuse, ainsi que l'on peut en

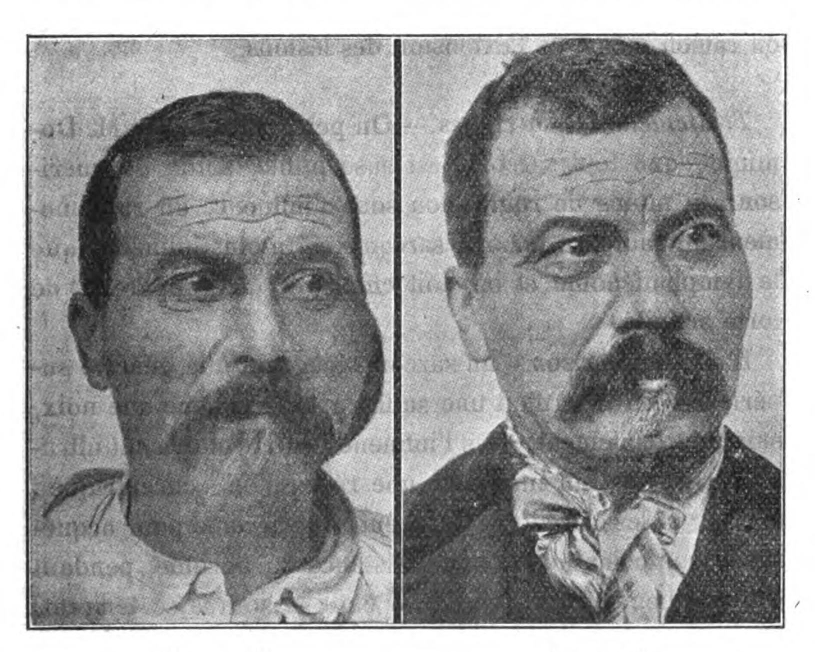


FIGURE 13. FIGURE 14.

juger d'après la photographie que je présente, et qui refoulait l'oreille en arrière, en empiétant sur la région temporale en haut, sur la région de la joue en avant.

La tumeur qui fut jugée inopérable par MM. Bazy, Michaux, Herbet, était un lymphadénome.

Le D[r] Bazy fit une incision au bistouri au centre de la tumeur et l'on y introduisit un tube d'or à parois de 5/10

de mm. d'épaisseur, contenant 5 m.m.g. de bromure de radium (activité 4.300). L'appareil resta en place quatre jours, après lesquels il se produisit une régression progressive qui aboutit en 7 semaines à une guérison qui se maintient depuis le mois de novembre 1908.

Par contre, le lymphadénome classique disséminé, celui qui s'accompagne de poussées ganglionnaires généralisées à tout le corps, sera plus facilement traité par les rayons X en raison même de l'extension des lésions.

Traitement des sarcomes.— On peut affirmer, dit M. Dominici, que tout sarcome est susceptible, sinon de guérison, du moins de régression sous l'influence du rayonnement du radium ; mais le sarcome est moins influencé que le lymphadénome et on doit employer des appareils de forte activité.

Il cite la guérison d'un sarcome siégeant à la gencive supérieure, où il formait une saillie grosse comme une noix, saignant facilement; sous l'influence du rayonnement ultra-pénétrant, la tumeur subit une régression concentrique ; elle perdit les caractères apparents du sarcome pour acquérir la conformation et la consistance du fibrome, pendant que les hémorragies dont elle était la source se tarirent. Mais l'intérêt que cette observation présentait au point de vue clinique fut considérablement rehaussé par les résultats de l'étude microscopique.

Celle-ci démontra que l'évolution clinique et l'évolution histologique étaient rigoureusement appariées et que le néoplasme, qui était effectivement un sarcome, acquit, sous l'influence du traitement, la structure du fibrome.

Pour les sarcomes profonds, il faut introduire dans l'épaisseur de la tumeur des appareils radifères, contenant

2 à 10 centigr. de sel pur; on les laisse inclus de 24 à 120 heures.

On pourra parfaire la régression de la tumeur, si elle est incomplète, en faisant une seconde intromission du tube radifère.

Lorsque la tumeur s'est réduite, si elle a pris une consistance fibreuse et si elle s'est mobilisée, on pourra recourir à une intervention chirurgicale, suivie de l'application en surface, d'appareils à sel collé puissants.

Traitements des épithéliomes. — A. *Cancers de la peau.* — Dans ces cancers de la peau, on peut obtenir de bons résultats des *appareils à rayonnement composite*, que l'on emploie suivant deux méthodes.

1° La méthode dite sèche de M. Danlos, a temps de pose très courts et souvent répétés, ou encore à temps de pose assez longs, mais très espacés (10 à 20 minutes par exemple tous les deux jours, ou 1 heure toutes les semaines). Cette méthode conviendra aux tumeurs de petites dimensions, très sensibles au rayonnement.

2° La méthode destructive où les temps de pose sont plus longs (4 à 10 heures en moyenne par zone traitée, que l'on peut répartir en séance de 1 à 2 heures, tous les jours ou tous les deux jours).

Cette méthode convient à la plupart des épithéliomes, saillants, plans ou térébrants : l'application est suivie d'une réaction intense, puis de la production d'une eschare qui tombe au bout de 6 à 7 semaines.

Si la première série d'applications a donné un début de régression, on fera une seconde série analogue, sinon on recourra *aux appareils à rayonnement ultra-pénétrant*.

Voici quelques cas de guérisons :

Une malade âgée de 52 ans vint dans le service du Dr Brocq, à l'hôpital Saint-Louis, au mois de mai 1908, pour faire soigner un épithélioma plan, à la fois érosif et nodulaire qui recouvrait la presque totalité de la joue droite, depuis l'angle interne de l'œil et la racine du nez jusqu'à la région de la commissure labiale droite.

Le néoplasme chevauchait la presque totalité du nez, d'où il s'étendait dans la région naso-génienne gauche.

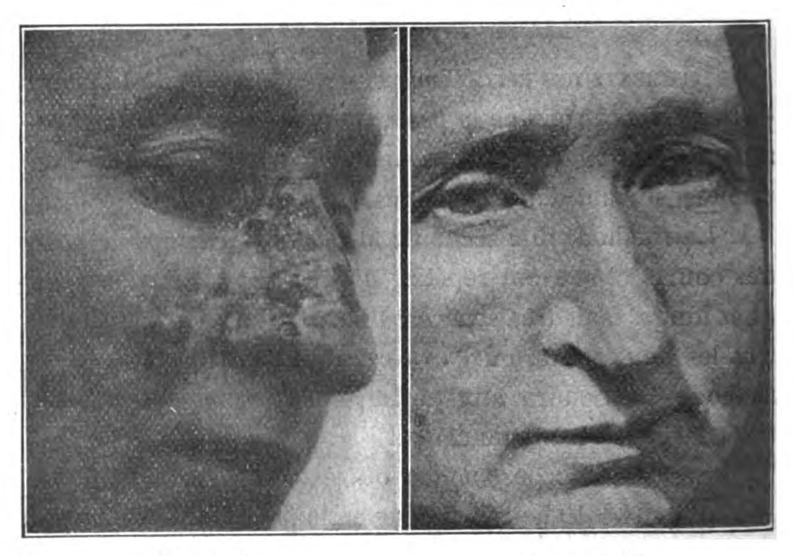


FIGURE 25. FIGURE 26.

Cet épithélioma résistait depuis dix ans aux traitements les plus variés, intervention chirurgicale suivie de greffe, cautérisation, rayons X, curetage, qui n'amenaient que des améliorations partielles et passagères.

M. Brocq a bien voulu me confier cette malade qui fut soignée, tantôt dans son service, tantôt dans le service du professeur Gaucher, avec un appareil fournissant un rayonnement ultra-pénétrant de 2.500.

La région malade fut irradiée, en chacun des points de son étendue, pendant 40 heures environ, depuis le 11 mai jusqu'au 21 juillet.

Depuis le 10 août, la malade peut être considérée comme guérie.

Voici un autre cas soigné par MM. Thibierge, Ravant et Dominici.

Il concerne une malade qui fut soignée sous leur contrôle, à l'hôpital Saint-Louis pour un épithélioma bourgeonnant et térébrant du nez.

En septembre 1908, cet épithélioma avait presque complètement détruit la moitié inférieure du nez qui était remplacée par une énorme masse trilobée, à la fois bourgeonnante et fissurée.

A l'extrémité du lobe médian de la masse épithéliomateuse, pendait le reliquat du lobule nasal réduit à un moignon de peau du volume d'un gros pois et déformé par l'infiltration cancéreuse. L'aile gauche du nez était complètement remplacée par un volumineux bourgeon épithéliomateux séparé en deux parties par une crevasse qui communiquait avec la cavité nasale depuis le bord inférieur de l'os nasal ramolli jusqu'à l'extrémité inférieure du lobe gauche du néoplasme. Il ne restait de l'aile droite du nez qu'un mince liséré cutané ourlant le bord inférieur du lobe néoplasique du côté droit.

Le traitement consista surtout en trois applications de 36 h. de durée chacune d'un appareil constitué par une ampoule de verre contenant 9 centigrammes de radium pur engainée dans un étui d'argent à parois de 1 millimètre d'épaisseur, lequel était lui-même placé dans un drain de caoutchouc.

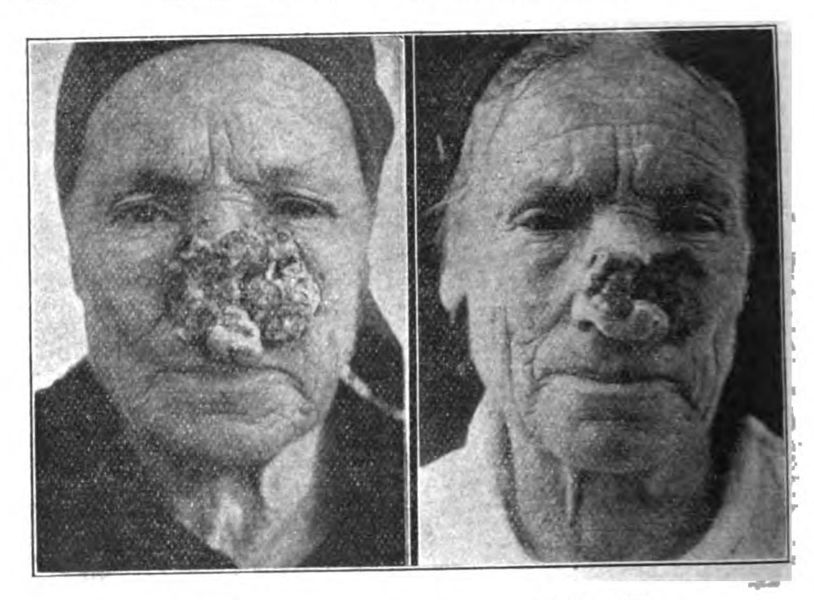


FIGURE 27. FIGURE 28.



FIGURE 29. FIGURE 30.



FIGURE 31. FIGURE 32.



FIGURE 33. FIGURE 34.

Le traitement dont le début remonte au mois d'octobre 1908 fut suivi d'une régression complète du néoplasme dont on peut constater actuellement les résultats en examinant les photographies de la malade.

L'intérêt du résultat obtenu est rehaussé de la façon dont les tissus se sont restaurés, car l'action du rayonnement a eu pour résultat :

1° De faire résorber le tissu néoplasique ;

2° De dégager du tissu néoplasique de ce qui restait de tissus sains ;

3° De rendre à ces tissus sains leur conformation caractéristique.

B. *Cancer des muqueuses. — Lèvres.* — Jusqu'à l'emploi des rayons ultrapénétrants, les cancers des lèvres, lorsque la muqueuse était atteinte, étaient considérés comme incurables par les applications du radium et comme devant être traités d'une façon chirurgicale.

Depuis l'emploi des appareils à rayons ultra-pénétrants, il n'en est pas complètement de même et M. Dominici pense qu'on peut obtenir la régression de certains épithéliomas de la muqueuse labiale dans une proportion de 60 à 70 0/0.

Les épithéliomas qui restent confinés à la muqueuse et à la portion superficielle de la couche sous-muqueuse, guérissent presque toujours, et M.Dominici donne deux exemples de guérison persistant depuis plusieurs mois avec photographies à l'appui

Lorsque l'épithélioma infiltre profondément la lèvre, la guérison sera encore possible si cette infiltration est souple; si l'infiltration est d'une dureté ligneuse, les résultats seront beaucoup moins favorables, surtout si l'épithélioma s'accompagne d'adénopathie étendue et persistante.

Muqueuse buccale. — Les améliorations et les guérisons sont dans ce cas exceptionnelles.

Si la tumeur est limitée à la muqueuse de la langue, de la joue, du voile du palais et de ses piliers elle est susceptible de regresser sous l'influence des rayonnements, mais lorsque le néoplasme commence à infiltrer les muscles, l'intervention radiumthérapie devient inefficace.

On doit faire une exception pour les cancers du plancher de la bouche, disposés en croissant, à la partie antérieure de la base de la langue ; on peut les voir se résorber peu à peu sous l'influence du traitement, mais celui-ci est très long et peut devenir le point de départ de radiumdermites de la langue et de la gencive, qui durent 15 jours ou trois semaines.

Pour éviter cette complication, on peut faire faire l'ablation radicale de la tumeur suivie de l'application du radium dans la plaie consécutive à l'opération, ou creuser un trajet destiné à récevoir un ou plusieurs tubes radifères dans l'épaisseur des muscles ou du tissu cellulaire sous-jacent, de façon à atteindre le néoplasme en quelque sorte à revers.

Estomac et intestin. — M. Dominici ne croit pas qu'on puisse obtenir la guérison des cancers de l'estomac et de l'intestin ; il pense qu'on pourra seulement diminuer l'intensité de la douleur, atténuer les troubles dyspeptiques, peut-être même diminuer la tuméfaction, il dit tuméfaction et non tumeur parce qu'il pense que la diminution de volume porte sur les masses inflammatoires juxtanéoplasiques, sur la périgastrite et non sur le cancer.

Il faut cependant ajouter que les cancers du rectum, à la région ampullaire peuvent éprouver une réelle améliora-

tion du traitement par le radium, en faisant attention de ne pas laisser trop longtemps le tube radifère séjourner à la même place, ce qui pourrait causer des eschares.

Le traitement peut avoir lieu par la voie périrectale, en introduisant les appareils radifères dans le tissu cellulo-graisseux périrectal, sur les côtés de la tumeur, au moyen du procédé de M. Pierre Delbet.

M. Pierre Delbet a fait construire des trocarts gradués dont la dimension est telle, que leur gaîne puisse recevoir les tubes radifères.

On enfonce le trocart à la profondeur que l'on désire atteindre, on retire la tige pleine, on la remplace par le tube radifère que l'on pousse au moyen d'un stylet. On retire ensuite la tige creuse du trocart qui abandonne le tube radifère auquel est attaché un fil d'argent qui sort par l'orifice d'entrée, qui deviendra orifice de sortie quand on tirera sur le fil pour extraire le tube radifère. Les tubes radifères ainsi introduits séjournent de 24 à 72 heures dans le tissu périrectal où on les introduit toutes les 5 ou 6 semaines.

Cancer de l'utérus. — M. Dominici a soigné plusieurs cancers, soit récidivés, soit inopérables, dans le service de M. Tuffier. Dans un quart des cas, il a obtenu des résultats sur les pertes sanguines qui ont diminué, ainsi que l'écoulement purulent et l'odeur fétide, mais la marche de la maladie elle-même n'a pas été sensiblement améliorée.

Cependant comme l'action du radium peut amener la résorption des exsudats inflammatoires qui entouraient le cancer et le rendaient inopérable, on pourra quelquefois, par ce traitement, permettre une intervention chirurgicale.

Vessie. — Le traitement des cancers de la vessie par le

radium est encore peu connu ; on peut seulement signaler une observation de M. Minet à la Société de médecine interne, d'après laquelle une tumeur papillomateuse de la vessie aurait été notablement améliorée par l'introduction de tubes à rayonnement ultrapénétrant.

C. *Tumeurs épithéliales sous-cutanées et sous-muqueuses.* — *Sein.* — Depuis qu'il emploie les appareils à rayonnement ultrapénétrant, M. Dominici a traité 11 cancers du sein, avec les résultats suivants :

2 insuccès à l'égard de tumeurs à type de mastite aiguë.

2 insuccès à l'égard de cancers non ulcérés à marche lente, très durs, du volume d'une grosse orange.

La régression des deux tiers d'une tumeur du volume des précédentes, également dure mais largement ulcérée, qui fut soumise à un rayonnement intensif (9 centigr. à la fois de sulfate de radium pour un appareil), pendant 180 heures.

La régression presque complète d'une tumeur du volume d'une mandarine. La guérison au moins apparente de trois tumeurs cancéreuses d'un volume un peu inférieur à celui d'une mandarine accompagnées d'adénopathie axillaire qui disparut en même temps que le néoplasme primitif. La disparition d'un squirrhe en cuirasse limité à la par- ·térale externe du sein droit, la guérison presque complète d'une autre tumeur de même genre, très étendue, et s'accompagnant d'expansions squirrheuses sous-axillaires.

Il est certain que les rayons ultrapénétrants ont une action sur certaines tumeurs malignes du sein, mais nous croyons cependant, d'accord avec M. Tuffier, que le traitement de choix en l'espèce est celui qui consiste à enlever les tumeurs, à faire suivre l'opération de l'introduction

dans les tissus de la région thoracique et du creux de l'aisselle, en particulier, d'appareils cylindriques à rayonnement ultrapénétrant renfermant 5 centigr. de sulfate de radium pur qui séjourneront dans la profondeur de la peau de 24 à 48 h. après avoir été placés chacun dans un drain de caoutchouc. (Drain radifère de Tuffier.)

Par contre, il paraît tout à fait indiqué de traiter directement par le radium, par les rayons X ou la fulguration, les squirrhes en cuirasse qui transforment le sein et une partie plus ou moins étendue de la paroi thoracique en un plastron rigide et douloureux, apparaissant au chirurgien comme un *noli me tangere*.

Sous l'influence du rayonnement ultrapénétrant de telles tumeurs deviennent indolores (Foveau de Courmelle), se cicatrisent, s'assouplissent, tendent à guérir sans cesser toutefois de rester capables de fournir des métastases, tant que persistent des traces du tissu cancéreux.

Parotide. — Il paraît démontré que la radiumthérapie a une action remarquable sur les tumeurs malignes de la parotide (épithéliomes ou branchiomes) ; on pourra donc l'employer, l'ablation chirurgicale présentant de grands dangers à cause de la région.

M. Dominici a soigné dans le service de M. Schwartz un malade atteint d'un épithélioma tubulé, massif et inopérable de la parotide. M. Schwartz introduisit dans le centre du néoplasme, deux tubes d'argent contenant 5 centigr. de bromure de radium pur ; il y séjournèrent, l'un 24 heures, l'autre 40 heures. Six semaines après, la réduction de la tumeur était déjà considérable. On introduisit à nouveau les tubes précédents pendant 20 heures au centre du néoplasme qui semble s'être complètement résorbé depuis plus de deux mois.

M. Dominici a constaté des effets analogues en enfonçant des tubes radifères dans l'épaisseur de branchiomes de la plus haute gravité, amenant, sinon la guérison complète, au moins une modification telle que ces tumeurs deviennent opérables.

Processus histologique de la régression des tumeurs malignes. — M. Dominici et M. Faure-Beaulieu ont pu, à propos d'une observation de sarcome de la gencive du maxillaire supérieur dont nous avons parlé plus haut, suivre au point de vue histologique, ce qui s'est passé pendant la guérison. On pourra donc ainsi se rendre compte de ce qui se passe sous l'influence du radium.

Des examens histologiques pratiqués avant l'intervention thérapeutique ont démontré que la tumeur était un sarcome embryonnaire typique. Tout le tissu conjonctivo-vasculaire de la muqueuse était uniformément transformé en une masse constituée de plasmodes et de cellules conjonctives embryonnaires, anastomosés en un réseau continu creusé de vaisseaux sanguins également embryonnaires.

Ce processus néoplasique se compliquait de quelques manifestations d'ordre inflammatoire caractérisées surtout par une leucocytose assez abondante, l'exsudation du plasma sanguin et la migration de leucocytes dans l'épithélium malpighien (excsérose et exocytose de Sabouraud), dont les cellules hypertrophiées étaient en certains points disjointes par l'œdème phlegmasique.

Actuellement, la tumeur est devenue, dans la plus grande partie de son étendue, une sorte de fibrome où persistent à l'état de vestiges des reliquats du tissu sarcomateux primordial.

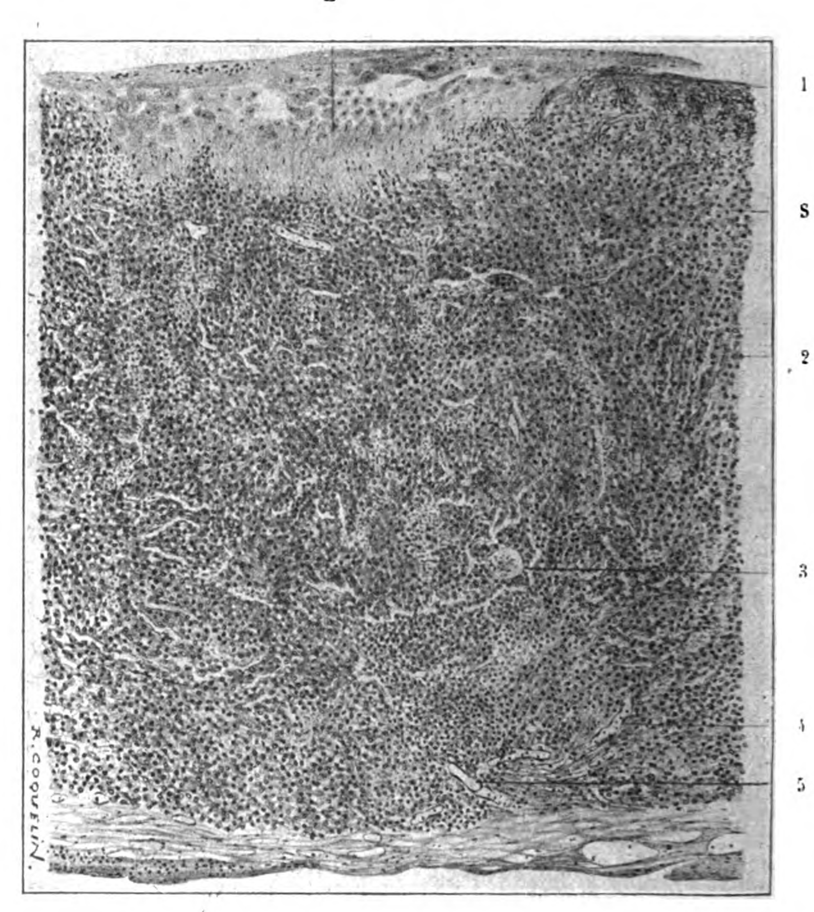


Figure 45. — Période du sarcome.

Coupe de la tumeur pratiquée avant le traitement, et dessinée à un grossissement de 97 diamètres.

Au-dessous de l'épiderme infiltré de leucocytes et imbibé de plasma (exocytose et exosérose de Sabouraud), à cellules hypertrophiées et plus ou moins désunies, apparaît un tissu de sarcome embryonnaire qui remplace le tissu conjonctivo-vasculaire de la muqueuse.

E, épithélium ; 1, portion de la tumeur en voie de nécrose ; S, tissu sarcomateux ; 2, tissu propre du sarcome constitué par des plasmodes et des cellules embryonnaires, se confondant, à ce grossissement, en une masse protoplasmique plus ou moins compacte et multinucléée ; 3, 4 et 5, capillaire embryonnaire.

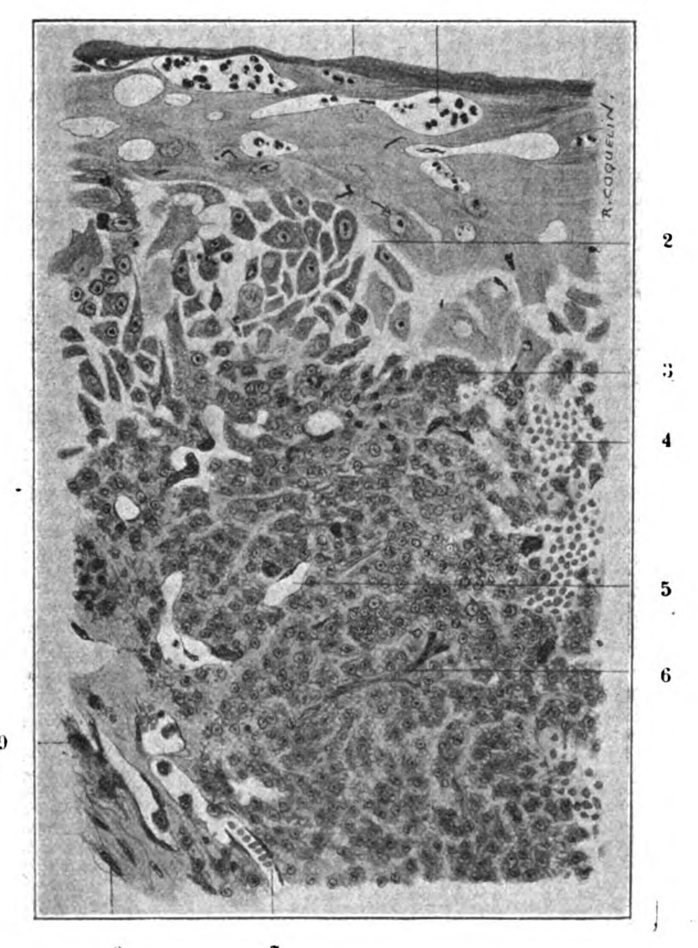


FIGURE 46. — Période du sarcome.

Coupe de la tumeur pratiquée avant le traitement, examinée à un grossissement de 280 diamètres.

Au-dessous de l'épithélium creusé de minuscules abcès et de vésicules où desquament les cellules épithéliales, apparaît le tissu du sarcome dont on distingue les plasmodes et les capillaires sanguins embryonnaires.

La coupe représente la partie périphérique de la tumeur. On y peut suivre en partie la transformation du tissu conjonctivo-vasculaire normal en tissu sarcomateux.

E, épithélium; 1, abcès miliaire reconnaissable à l'agglomération des polynucléaires; 2, vésicule formée à la fois par l'écartement des

cellules épithéliales modifiées et la dislocation de celles-ci; 3, une des masses plasmodiales du sarcome; 4, portion de la tumeur dissociée par l'hémorrhagie; 5, capillaire sanguin embryonnaire; 6, mince travée formée de tissu conjonctif n'ayant pas encore subi la transformation sarcomateuse; 7, capillaire sanguin occupant la frontière du tissu conjonctif normal et du tissu sarcomateux. Le vaisseau sanguin est réduit à son endothélium, son adventice s'est transformé en tissu de sarcome, c'est-à-dire en un assemblage de plasmodes et de cellules embryonnaires étoilées, anastomosées entre elles et remplaçant les faisceaux conjonctifs et les fibres élastiques résorbés; 8 et 9, cellules fixes du tissu conjonctif en voie d'hypertrophie sarcomateuse.

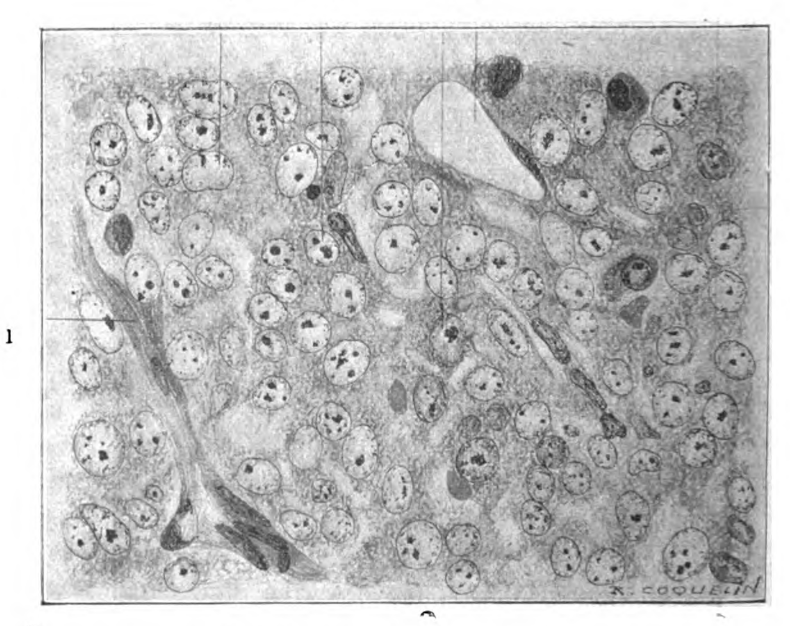


FIGURE 47. — Période du sarcome.

Coupe de la tumeur pratiquée avant le traitement, examinée à un grossissement de 800 diamètres, et destinée à en montrer les caractères cytologiques. On a choisi une partie du sarcome qui présente surtout une structure plasmodiale.

1, portion du tissu conjonctivo-vasculaire primitif conservant encore la structure fibreuse, n'ayant pas subi la métaplasie sarcomateuse; 2 et 3, tissu de sarcome essentiellement formé par des plasmodes, c'est-à-dire des blocs protoplasmiques à noyaux multiples; 4, point où le plasmode sarcomateux tend à se décomposer en cellules embryonnaires dont les épaisses expansions protoplasmiques se perdent dans les masses adjacentes ; 5, capillaires embryonnaires creusés en plein tissu plasmodial.

Mais d'où provient ce fibrome? On pourrait penser *a priori* qu'il procède de portions de tissu conjonctivo-vasculaire qui seraient restées indemnes de métaplasie sarcomateuse.

Il n'en est rien, comme le démontre une étude plus approfondie de l'évolution histologique de la tumeur. En effet, le fibrome est ici un produit de transformation du sarcome, transformation qui s'effectue par un mécanisme consistant :

1° En la métamorphose d'une partie du protoplasma des plasmodes et des cellules du sarcome en fibrilles conjonctives ; 2° en la transformation du reste du protoplasma et des noyaux des éléments sarcomateux en cellules fixes du fibrome ; 3° en l'atrésie des vaisseaux sanguins. Sur les coupes, on suit toutes les phases de cette évolution cellulaire.

Les noyaux sarcomateux, primitivement globuleux ou ovoïdes, diminuent peu à peu de volume, s'étirent et s'allongent en s'atrophiant.

Le protoplasma des plasmodes et des cellules du sarcome est remplacé par des fibres conjonctives qui en sont un produit de transformation et ne persiste autour des noyaux que pour former, avec ceux-ci, des cellules conjonctives fixes anastomotiques adultes (fibroblastes adultes).

Cette évolution particulière se manifeste non seulement dans les portions intravasculaires de la tumeur, mais encore au pourtour des vaisseaux sanguins qui acquièrent ainsi la conformation de capillaires à endothélium plat creusés non plus dans un tissu embryonnaire, mais dans un tissu fibreux.

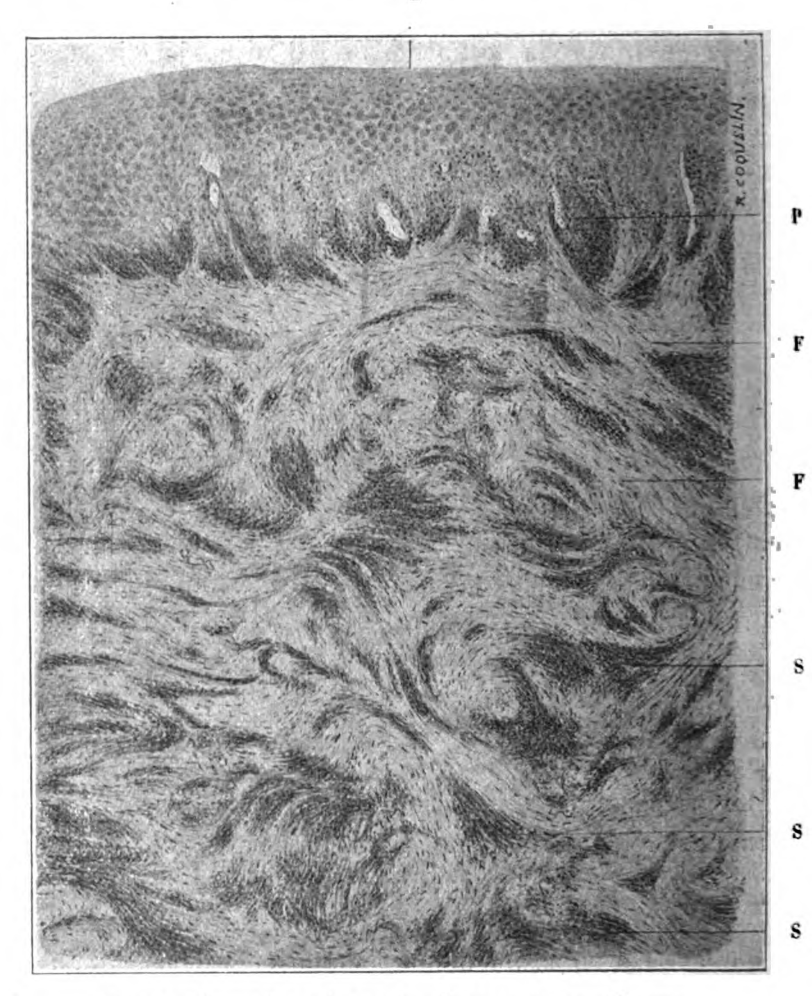


Figure 48. — Transformation du sarcome en fibrome.

Coupe de la tumeur pratiquée quatre-vingt-dix jours après le début du traitement, examinée à un grossissement de 97 diamètres. L'examen a été fait à la période où le néoplasme a acquis la conformation et la consistance du fibrome. Les altérations inflammatoires de l'épithélium ont disparu (leucocytose, œdème, dislocation de l'épithélium malpighien, etc.). Sous la couche épithéliale régularisée, s'étend le véritable tissu de fibrome parsemé de mouchetures foncées qui correspondent au reliquat du sarcome primitif.

E, épithélium; P, couche papillaire reconstituée; F, tissu du fibrome; S, reliquat du sarcome.

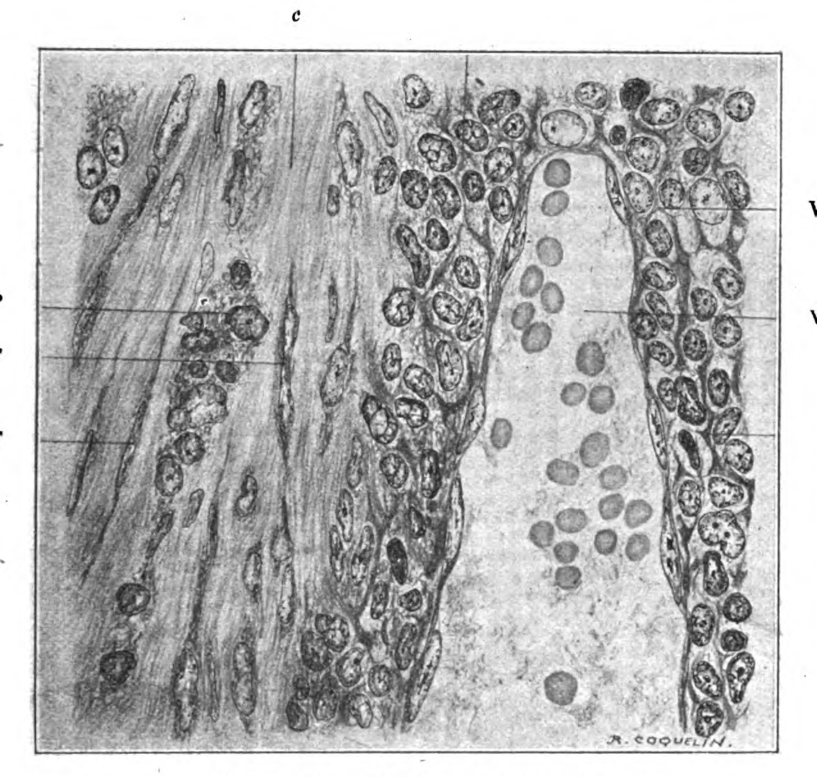


FIGURE 49. — **Période du fibrome.**

Coupe de la tumeur pratiquée à l'époque où celle-ci a acquis en grande partie la conformation et la consistance du fibrome. 80 jours après le début du traitement. Grossissement : 800 diamètres.

Le dessin représente une zone où le tissu sarcomateux reste surtout localisé autour d'un vaisseau sanguin (V). Avant le début de l'évolution fibromateuse, le tissu sarcomateux périvasculaire était exclusivement constitué par des plasmodes et des cellules embryonnaires anastomosés en un bloc protoplasmique multinucléé, enrobant l'endothélium vasculaire (voir fig. 3). L'évolution fibromateuse s'accuse par l'apparition de faisceaux de fibrilles conjonctives (*f*), qui segmentent la masse protoplasmique commune du manchon sarcomateux.

A gauche du vaisseau sanguin, l'évolution fibromateuse est nettement accusée. Elle se caractérise : 1° par la métamorphose de la plus grande partie du protoplasma, des plasmodes et des cellules embryonnaires du sarcome en fibrilles de collagène (C) (fibrilles des faisceaux conjonctifs) ; 2° par une réduction proportionnelle du protoplasma des plasmodes et des cellules du sarcome ; 3° par l'atrophie des noyaux qui se contractent, s'écartent les uns des autres et s'organisent avec le reliquat du protoplasma qui continue de les entourer, en cellules conjonctives fixes ou fibroblastes (F).

En P, persiste un bloc protoplasmique multinucléé qui est un plasmode sarcomateux n'ayant pas encore subi l'évolution fibromateuse.

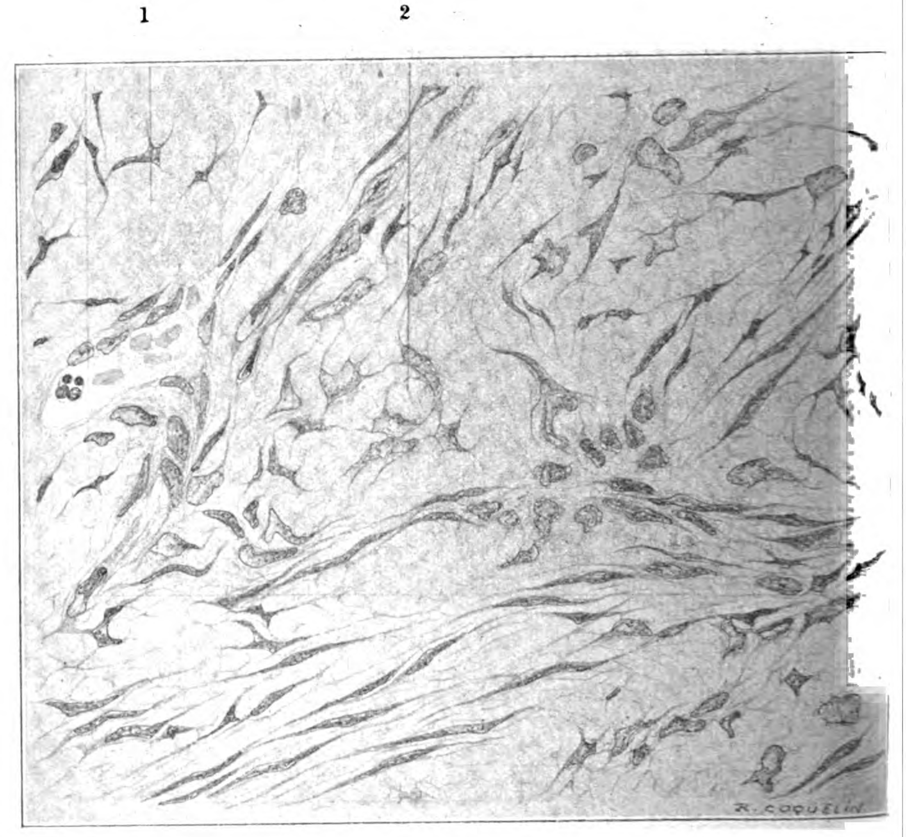


Figure 50. — Période du fibrome.

Coupe de la tumeur pratiquée à la période où celle-ci a subi l'évolution fibromateuse. Dessinée à un grossissement de 800 diamètres.

On a représenté une portion du néoplasme ayant la structure du fibrome pur.

Le protoplasma des plasmodes et des cellules sarcomateuses s'est transformé et condensé sous forme de faisceaux fibreux. Le reliquat des noyaux et du protoplasma sarcomateux s'est mué en fibroblastes.

1, portion du néoplasme dont la structure est celle du fibrome adulte, c'est-à-dire à texture fibreuse : cellules espacées, noyaux atrophiés, protoplasma très réduit ; 2, portion du néoplasme ayant la structure du fibrome jeune : cellules rapprochées, noyaux encore volumineux, protoplasma relativement abondant.

A la partie supérieure de la coupe apparaît un vaisseau sanguin réduit à l'endothélium sculpté en plein tissu fibromateux.

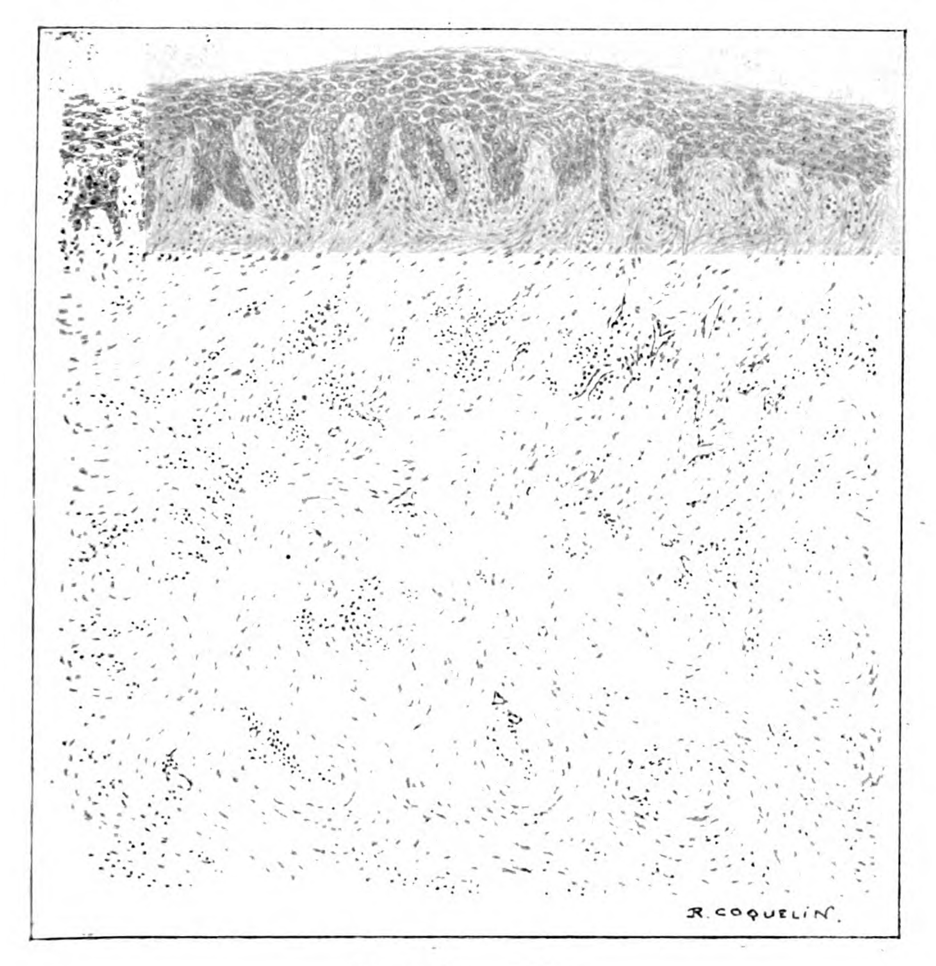


FIGURE 51. — Sclérose.

En définitive, le rayonnement a déterminé la métamorphose d'un sarcome, tumeur maligne formée de tissu embryonnaire, en un fibrome, tumeur bénigne constituée par du tissu conjonctif fibreux. Mais ce fibrome n'était-il pas appelé à persister et à s'accroître à son tour, à la façon de toute autre tumeur ? Nous ne le croyions pas, car le néo-

plasme avait été impressionné par le rayonnement, de telle sorte que l'accroissement en était enrayé, au moins d'une façon temporaire.

Bien plus, tout nous portait à présumer que ce fibrome était destiné à diminuer progressivement de volume, les éléments cellulaires se contractant et s'atrophiant de plus en plus, pendant que le calibre de ses vaisseaux se réduirait et que son tissu fibreux se condenserait. Nous pensions que le fibrome deviendrait finalement une plaque fibreuse cicatricielle à texture régulière, nivelée au reste de la muqueuse. Alors serait atteint le degré ultime du processus histologique qui ressortit à ce que l'un de nous a dénommé avec Barcat l'*action évolutive* du rayonnement du radium sur les tumeurs.

Ces prévisions furent complètement confirmées par l'évolution ultérieure comme le démontre la photographie de la 3e leçon qui représente la gencive antérieurement traitée, complètement guérie.

Epithéliome et carcinome.

D'après les recherches que M. Dominici a exécutées avec les Drs Barcat et Rubens-Duval, les épithéliomes et les carcinomes qui sont justiciables de la radiumthérapie subissent deux modifications essentielles, qui sont :

La destruction d'une partie des cellules épithéliomateuses.

L'arrêt de l'évolution cancéreuse du reste des éléments néoplasiques.

La destruction est directe ou indirecte.

La destruction directe consiste dans la nécrobiose des cellules cancéreuses, ayant pour conséquence la mort de préalable de ces éléments.

La destruction indirecte est précédée d'une transformation des cellules épithéliomateuses, dont les principaux caractères sont :

1° L'hypertrophie du corps et du noyau ;

2° Le bourgeonnement du noyau ;

3° L'augmentation du nombre et du volume des corps dits pseudo-parasitaires.

Telles sont les modifications qui caractérisent la métamorphose prédégénérative des cellules de certains épithéliomes du sein, par exemple, en régression sous l'influence du rayonnement ultrapénétrant.

Les cellules des épithéliomas d'origine malpighienne adjoignent fréquemment, aux modifications précédentes, la transformation cornée de leur protoplasme. Elles subissent donc une sorte de maturation qui, bien qu'anormale, démontre que le rayonnement du radium exerce une action évolutive sur ces éléments figurés.

En résumé, si le rayonnement paraît agir, à certains points de vue à la façon d'un caustique extraordinairement subtil, produisant des eschares cellulaires (Gaucher), il détermine, d'autre part, un changement de l'évolution des cellules cancéreuses, aant pour conséquence la mort de ces éléments figurés.

L'action du rayonnement est alors évolutive, puis destructrice. Elle peut cependant se montrer exclusivement évolutive à l'égard de certaines cellules épithéliomateuses, ainsi qu'il ressort des recherches de Dominici et Barcat.

Elle se manifeste :

1° En arrêtant la transformation cancéreuse des cellules ;

2° En restituant, à une partie de ces éléments figurés, la tandance à une évolution régulière.

Nous avons reproduit *in extenso*, toute la partie de la leçon de M. Dominici qui se rapporte à l'évolution des tumeurs malignes sous l'influence des rayonnements ultrapénétrants du radium, parce que cette évolution présente un grand intérêt.

Nous remercions tout particulièrement notre confrère. les *Archives générales de médecine*, de nous avoir autorisé à reproduire les photographies qui illustrent si avantageusement son numéro, et qui sont de véritables documents cliniques et anatomo-pathologiques.

(*A suivre.*) Dr MARC JOUSSET.

MOSCHUS.

(Musc.)

I. — GÉNÉRALITÉS.

Bibliographie.

T. F. ALLEN. *A Handbook of Materia medica.* Philadelphie, 1889.

H. BEAUREGARD. *Matière médicale zoologique.* Paris, 1901.

J.-H. CLARKE. *A Dictionary of practical Materia medica.* Londres 1900.

E. COLLIN. *Précis de matière médicale.* Paris, 1903.

ECALLE DELPECH et PELVRIER. *Pharcacopée homœopathique française.* Paris, 1878.

FARRINGTON. *A clinical Materia medica.* Philadelphie, 1887.

C. HEINIGKE. *Handbuch der homöopathischen Arzneiwerkungslehre.* Leipzig, 1880.

R. HUGHES. *A manuel of Pharmacodynamics.* Londres, 1880.

P. JOUSSET. *Traité élémentaire de matière médicale expérimentale.* Paris, 1884.

R. KOBERT. *Lehrbuch der Intoxicationen.* Stuttgart, 1906.

G. POUCHET. *Précis de Pharmacologie.* Paris, 1907.

G. SIEFFERT. *Formulaire de Thérapeutique positive,* Paris et Leipzig, 1898.

TROUSSEAU et PIDOUX. *Traité de Thérapeutique.* Paris, 1877.

Sécrétion épaissie et desséchée des follicules préputiaux du chevrotin porte-musc, cette substance forme, à l'état frais, une masse semi-fluide, roux-brunâtre qui, à l'état sec, devient grumeleuse. Chimiquement, elle contient de la graisse, de la cholestérine, une résine amère ayant l'odeur de musc, de l'acide lactique libre et du lactate d'ammoniaque. La partie constitutive qui lui donne son odeur, n'a pu encore être chimiquement isolée ; d'après Mann, qui l'a dénommée muscose, elle serait liquide. Beauregard pense que la matière qui fournit les émanations aromatiques du musc, prend naissance, comme l'urée, dans toutes les parties de l'organisme, et se trouve simplement éliminée de l'organisme par l'appareil moschifère. L'odeur du musc est complètement détruite par les composés cyaniques, tels que l'essence d'amandes amères, par certains sels d'antimoine (soufre doré), par le seigle ergoté, etc.

Le musc cède à l'eau 55 0/0 de son poids. La solution décolorée par l'acide nitrique précipite en brun sale par l'acétate de plomb et se trouble en présence du tannin. Il est assez soluble dans l'alcool chaud à 40°, soluble dans l'alcool à 90°, dans l'éther et le chloroforme. Il brûle en répandant une odeur ammoniacale et laisse 4 à 6 0/0 de cendres.

II. — Action toxique.

D'après des expériences faites par Jörg, il y a près de cent ans, des doses de musc variant entre 20 centigrammes et 1 gramme, provoquent chez l'homme sain, des effets excitants sur le canal intestinal et plus particulièrement sur le cerveau, tels qu'éructations, pesanteur dans l'estomac, augmentation ou diminution de l'appétit, sécheresse dans l'œsophage, vertiges, douleurs gravatives dans la tête ; bâille-

phage, vertiges, douleurs gravatives dans la tête ; baillements étendus et fréquents, envie de dormir, sommeil long et profond. Abattement de tout le corps ; tremblements et même convulsions ; accélération et plénitude du pouls : élévation de la température et transpiration.

Sourdelin a constaté une sensation de légère ivresse, avec pouls plein et peau moite, après absorption de 1 gr.20. Trousseau et Pidoux ont signalé une augmentation d'appétit et d'excitation sexuelle. Tiedemann, après injection de 30 centigrammes dans la veine crurale d'un chien, note une accélération de la respiration, suivie d'inconscience, de convulsions, de diarrhée sanguinolente et de mort par phénomènes paralytiques. Filebune a montré que l'extrait aqueux était capable, aux doses de 5 à 10 centigrammes, de provoquer chez les grenouilles, par injection dans le sac lymphatique, des convulsoins pouvant être empêchées par la ligature des artères, mais non par la section des nerfs moteurs — action rappelant celle de la guanidine.

« L'injection, dit M. G. Pouchet, peut produire chez l'homme, lorsqu'elle atteint des proportions suffisantes : troubles gastriques (parfois même nausées et vomissements), obnubilations, vertiges, céphalalgie, bâillements, somnolence, stimulation circulatoire et congestive se traduisant par des épistaxis. Souvent l'excitation génitale est assez accentuée. On remarque aussi de la diaphorèse et de la diurèse, et une action emménagogue très accentuée. A l'excitation générale, remarquable surtout du côté de l'activité cérébrale et des organes génitaux, que provoquent les faibles doses, fait bientôt suite un état de dépression des organes nerveux centraux, qui se montre au plus haut point après un usage trop fréquent. »

Injecté dans les veines des animaux, le musc, dit Far-

rington, a provoqué de la narcose avec convulsions musculaires, selles sanglantes et, finalement, la mort. »

III. — Pathogénésie.

Symptômes généraux. — Picotements dans les membres douleurs crampoïdes dans les membres. Tremblement et secousses par tout le corps. Abattement plus sensible pendant le repos que pendant le mouvement, pouvant aller jusqu'à la syncope, avec refroidissement nocturne général de la peau. Accès de syncope, suivis de céphalalgie, chez les sujets hystériques. Malaises hypochondriaques d'origine sexuelle. Douleurs de dislocation et de brisure du côté où le sujet a été couché. Malaises aggravés par le froid : grande sensibilité au plein air. Pincements, élancements, démangeaisons, à divers parties du corps, forçant à se gratter. Tétanos, convulsions avec crampe thoraciques. Symptômes hystériques même chez les hommes.

Moral. Excitation comme par alcool. Indifférence, parfois avec langage confus. Préoccupations avec soliloque et gestes, comme si le sujet était privé de raison. Affaiblissement avec faiblesse.

Frayeur. Tantôt cris, tantôt rires incontrôlables. Plaintes et lamentations relativement à des souffrances excessives, avec impossibilité de désigner la partie affectée. Crainte de la mort. Anxiété hypochondriaque, parfois avec palpitations cardiaques. Humeur querelleuse et grande irritabilité pouvant aller jusqu'à la fureur. Violente angoisse, divagation et cris, avec bouche sèche, lèvres bleues, yeux fixes, face mortellement pâle ; le sujet tombe inconscient. Manque de mémoire.

Sommeil. Grande somnolence diurne, avec fréquents et

violents bâillements. Coma. La nuit impossibilité de rester couché longtemps dans la même position ; douleur dans le côté sur lequel le sujet a été couché (dislocation, brisure). Rêves vivaces, pendant lesquels les passions sont fortement excitées. Rêves sans suite. Insomnie pendant toute la nuit, par excitabilité du système nerveux, surtout chez les sujets hystériques.

Tête. Vertige avec mouvements devant les yeux, finalement mouvement de la tête ou des paupières. Vertige jusqu'à perte de conscience ou chute, avec nausées et vomissements, besoin de se coucher et envie de café. Etourdissement comme intoxication. Céphalalgie avec nausées et vomissements forçant à se coucher. Pesanteur à la tête. Céphalalgie pressive et étourdissante, principalement à la racine du nez, avec nausées, soulagées par mouvement de la tête. Douleurs crampoïdes et tensives à la tête, principalement à l'occiput, s'étendant à la nuque, avec nausées, aggravées la nuit dans l'appartement et par le froid, soulagées à l'air et par la chaleur. Congestion et afflux de sang à la tête, avec lourdeur. Douleur fouillante à l'occiput, comme par enfoncement d'un clou.

Yeux ternes avec douleur pressive aux commissures. Lacrymation. Yeux fixes, avec une sorte d'étourdissement et absence d'entendement. Souvent trouble de la vue ; yeux tournés vers en haut, fixes et brillants. Pression, démangeaison et pustules sur les yeux. Démangeaison aux commissures ; pustules aux paupières supérieures.

Oreilles. Eruption aux oreilles avec brûlement après s'être gratté. Crépitements et craquements dans les oreilles. Bourdonnements devant les oreilles. Détonation comme par coups de canon, avec écoulement de quelques gouttes de sang. Ouie dure. Evacuation de cérumen. Tintements.

Nez. Epistaxis. Chatouillements au bout du nez, comme par insectes.

Face. Chaleur, parfois avec rougeur et yeux ternes. Chaleur dans une joue, sans rougeur, tandis que l'autre est rouge sans être chaude. Pâleur avec transpiration. Mouvement de la mâchoire inférieure comme si elle mastiquait. Teint terreux. Tension dans les muscles de la face, comme s'ils étaient trop courts.

Organes de la digestion. Lèvres gercées. Grande sécheresse à la bouche. Les aliments ont goût putride. Grande envie de bière ou d'eau-de-vie. Soif. Aversion pour les aliments. Faiblesse en mangeant. Hoquet spasmodique. Violentes éructations, parfois avec nausées. Soudains accès de nausées en voyant des aliments ou en y pensant. Nausées remontant de l'épigastre, avec rétraction du nombril et douleurs crampoïdes. Forts vomissements, surtout le matin, souvent accompagnés de douleurs à l'estomac et à la poitrine, avec distension de l'épigastre. Douleur à l'estomac, sensation de plénitude et d'obstruction, enfin avec malaise aggravé par léger repas. Sensation de picotement, de brûlement, d'excoriation, après le repas.

Spasmes abdominaux hystériques. Accès de pénible contraction à la région ombilicale, avec arrêt de la respiration. Sensation de tension à l'abdomen, comme si les vêtements étaient trop serrés, avec anxiété qui ne permet ni attention à aucune espèce de travail, ni de rester en place, forçant à se tourner constamment de côté et d'autre. Gaz incarcérés.

Constipation surtout après café. Selles molles à odeur fade. Diarrhées involontaires surtout la nuit, parfois durant le sommeil. Tranchées. Urgent besoin d'évacuer, non suivi d'effet. Douleur à l'anus s'étendant à la vessie.

Organes de la respiration. Sensation soudaine dans la

partie supérieure du larynx, comme s'il était fermé à la respiration, comme si la sensation était causée par de la vapeur de soufre. Vive toux sèche, aggravée le matin avec douleur sous le mamelon gauche. Respiration difficile et haleine courte, avec élancements dans la poitrine. Constriction crampoïde et suffocation dans la poitrine. Spasmes hystériques dans la poitrine. Crampes dans la poitrine débutant parfois par une tendance à tousser et s'aggravant jusqu'au désespoir. Douleur pressive à la poitrine allant jusqu'à gêner la respiration. Reptation à la poitrine avec sensation de suffocation. Paralysie des poumons, bruits accentués de mucosités ; inquiétude ; syncope. Douleurs piquantes dans la poitrine et aux côtés, parfois avec rougeur et congestion de la face, pupilles dilatées, langue rude et sèche et soif brûlante. Sensibilité douloureuse de la poitrine, sous le bras particulièrement à la pression. Douleur pressive dans le sein gauche, comme si la douleur voulait le traverser. Angine ; piliers tendus, obligeant à respirer avec violence.

Organes de la circulation. Anxieuses palpitations cardiaques. Dyspepsie, prostration, nervosité; le sujet dit qu'il sent qu'il va mourir. Sensation de tremblement autour du cœur, avec constriction de toute la poitrine. Prostration suivie de collapsus menaçant.

Organes génito-urinaires. Abondante urine aqueuse.

Chez l'homme, grande augmentation du désir sexuel, avec parfois insupportables chatouillements dans les parties ou douleurs tensives au pénis. Impuissance par refroidissement, précédant le diabète. Pollutions douloureuses sans érection. Erection avec douleur brûlante dans l'urèthre. Erection avec le désir d'uriner. Nausées et vomissements après le coït.

Chez la femme, violent désir sexuel. Menstruation en

avance et trop abondante, avec douleur tiraillante, avec intolérables titillations dans les parties génitales. Tiraillements et sensation de poids à l'hypogastre et aux organes génitaux, pendant les règles. Dysménorrhée avec faiblesse. Poids comme si les règles allaient apparaître.

Nuque et dos. Violents tiraillements à la nuque ; impossibilité de tourner la tête. Douleurs dans les muscles de la nuque, comme s'ils étaient arrachés de leurs insertions. Tiraillements de la deuxième vertèbre cervicale à l'épaule droite. Douleur tiraillante dans l'épine dorsale s'étendant à l'articulation de la hanche et y devenant si vive, qu'elle force à crier. Violente douleur dans le dos, comme si les parties molles étaient tendues. Douleurs lancinantes et tiraillantes au rachis. Pression aiguë au côté gauche du sacrum, au-dessus du coccyx, comme par instrument contondant.

Membres. Tiraillements douloureux comme des crampes tout le long du bras, spécialement au poignet. Brûlement ave csensation de froid dans les dernières jointures des doigts. Gonflement des mains, avec douleurs lancinantes. Mouvements convulsifs des mains et des doigts

Inquiétudes dans les jambes, avec faiblesse paralytique forçant à se mouvoir constamment. Tremblement dans les jambes, comme après grande fatigue, dans la position assise. Douleur compressive dans les jarrets, comme par tendons trop courts. Faiblesse paralytique dans les jambes, en s'asseyant après avoir marché. Sensation de froid au tibia. Pression brûlante au bout des orteils. Douleurs avec battements aux ongles des deux premiers orteils, comme s'ils voulaient suppurer ; le sujet ne peut supporter le moindre attouchement, et ne peut marcher que nu-pieds en s'appuyant sur le talon.

Peau. Herpès avec excessif brûlement.

Fièvre. Pouls plein et accéléré avec bouillonnements. Pouls faible ; faiblesse par anémie. Circulation sanguine accélérée. Fréquentes sensations de souffles d'air frais, particulièrement aux parties découvertes. Froid extérieur avec chaleur interne. Une joue pâle et chaude, l'autre rouge et froide. Même phénomène aux mains. Sensation de fraîcheur, surtout au rachis, avec douleurs tiraillantes. L'air semble froid ; le sujet recherche la chaleur du feu. Fréquents frissons légers, partant de la tête et s'étendant par tout le corps. Accès de chaleur brûlante, le soir, fréquemment au lit, exclusivement du côté droit avec agitation et tendance à se découvrir. Sueurs chaque matin. Transpiration visqueuse le matin, avec odeur de musc.

IV. — Thérapeutique.

Les deux Ecoles allothérapique et homœopathique, utilisent le musc.

Trousseau, qui se montre quelque peu sceptique à l'égard des anciens auteurs de son Ecole, s'exprime comme il suit, au sujet de ce médicament : « Pour nous résumer, nous dirons que le Musc nous semble surtout rencontrer ses indications dans les accidents nerveux graves qui compliquent d'autres maladies et sont associés à ces maladies, ou comme effet direct, comme symptôme, comme élément susceptible d'être attaqué à part. Nous ajoutons que ces maladies sont presque toutes inflammatoires, et que les accidents nerveux qui peuvent s'y lier et que nous regardons comme réclamant l'emploi du Musc portent presque toujours sur les fonctions encéphaliques, et consistent surtout dans le subdélirium, le coma vigil et en palpitations musculaires et fibrillaires qui donnent lieu aux soubre



sauts, à l'agitation des muscles du visage, avec un regard incertain et étonné, rien de tout cela n'existant en proportion des accidents inflammatoires locaux et fébriles, et ne pouvant se rattacher qu'à une infection générale. »

Cette opinion de Trousseau concorde, dans son ensemble, avec les travaux de l'Ecole homœopathique, et cette constatation n'est pas pour nous déplaire.

Dans ses applications homœopathiques, ce médicament s'est montré efficace au cours de diverses maladies, lorsque les symptômes nerveux prédominent. La maladie ne suit pas son évolution normale, mais se développe imparfaitement, ou accuse des symptômes qui annoncent l'épuisement nerveux. Le médicament provoque, d'ailleurs, de nombreux symptômes qui ressortissent au système nerveux, tels que : excitation comme par alcool ; pouls plein et plus fréquent ; légère augmentation de température ; congestion vers le cerveau ; le sujet rage ; sa parole est brève et confuse ; il insulte jusqu'à cyanose des lèvres, pâleur de la face et inconscience, anxiété, frayeur au moindre bruit, crainte de la mort, accès de syncope avec refroidissement, face blême, inconscience absolue ; hystérie, délire comme par alcool, insomnie, tiraillements musculaires, ataxie, regard stupéfié, convulsions plutôt toniques que cloniques.

L'hystérie, surtout au paroxysme, alors même qu'elle est inconsciente, se traduit par des cris, suivis immédiatement de rires incoerciblpes. Elle est accompagnée de palpitations cardiaques, comme par attente anxieuse.

Le sujet est nerveux, affairé, mais faible, et laisse tomber les objets qu'il tient en mains. Somnolence diurne ; attitude chancelante, incertitude comme si quelque chose se mouvait de haut en bas. Vertige. Céphalalgie et dou-

PAGE NOT AVAILABLE

V. — Clinique.

Asthme et *hoquet* hystériques.

Asthme de Millar (spasme du larynx accompagnant l'asthme bronchique ; il semble au malade avoir aspiré du soufre ; tiraillements dans les membres).

Spasme de la glotte — en olfaction.

Croup.

Dyspnée nerveuse — en olfaction.

Hystérie (boule hystérique et accès) — en olfaction.

Hystérie-épilepsie ; épilepsie ; catalepsie.

Céphalée hystérique (sensation de clou enfoncé dans l'occiput).

Convulsions hystériques, avec lipothymie, suivies de céphalée.

Angine de poitrine.

Palpitations cardiaques nerveuses.

Syncope — en olfaction.

Pneumonie (paralysie pulmonaire à gros râles muqueux ; le malade est inquiet — surtout après fièvre typhoïde).

Fièvre typhoïde à évolution anormale et prédominance des symptômes nerveux.

Diabète avec soif et *impuissance sexuelle.*

Suppression des règles, avec spasmes hystériques.

Troubles nerveux de la grossesse.

Vertige.

Herpès mercuriel et *vénérien.*

VI. — Mode d'emploi et doses.

Nous empruntons à Trousseau le mode d'administration en usage dans l'Ecole allothérapique.

« Cullen, dit-il, assure que le Musc est d'autant plus actif qu'il est plus odorant, et recommande de le donner en substance. Les médecins russes et allemands en portent la dose jusqu'à 4 grammes en vingt-quatre heures. Nous croyons que l'on fera bien de l'administrer en pilules de 20 à 25 centigrammes, et de porter ces pilules jusqu'à quatre ou cinq dans les vingt-quatre heures. On peut aussi le donner, comme Fuller, en *julep* ou en *lavement* à la même dose ; il entrait dans les confections d'alkermès et d'hyacinthe, dans la poudre réjouissante de la pharmacie de Paris, ansi que dans une foule d'autres préparations.

« L'*eau distillée* se prend à la dose de 30 à 60 grammes.

« La *teinture alcoolique* et la *teinture éthérée* se prescrivent à la dose de 16 à 20 gouttes dans une potion. »

L'Ecole homœopathique, qui a choisi le musc comme type pour la préparation de toutes les substances animales en partie solubles, procède de la façon suivante :

Introduire dans un flacon une certaine quantité de musc du Tonkin, y ajouter de l'alcool à 90°, dans la proportion de 1 gramme de musc pour 19 grammes d'alcool ; laisser macérer 15 jours et filtrer.

Les triturations de musc se feront au sucre de lait, dans les proportions ordinaires, au moyen d'un mortier qui ne devra servir qu'à cet usage.

Le musc est un médicament qui doit être employé principalement aux trois premières triturations. L'odeur très pénétrante de cette substance paraît, en effet, être pour beaucoup dans son action, et il est très probable que les dilutions resteraient sans effet.

Dr G. SIEFFERT.



PAGE NOT AVAILABLE

céreuse. Ceci en 1904. En 1906, le chirurgien croit à une tumeur secondaire, inséparable du sternum. On essaye en vain les rayons X et un sérum. En novembre 1907, le malade vient à M. Becker, qui le traite selon sa méthode. En mai 1908, santé excellente. Aucune apparence de tumeur, et il en va de même aujourd'hui.

Laissant de côté le premier cas, qui est douteux, nous avons deux malades chez qui, depuis le traitement, c'est-à-dire depuis 18 et 9 mois, il n'y a aucune rechute. Est-ce assez pour démontrer l'efficacité de la cure ? On en peut douter. Aussi M. Becker fera-t-il connaître dans un an l'état de ses malades. Attendons.

Mais le traitement, quel est-il ?

Cela consiste à injecter non pas *loco dolenti*, mais au bras ou à la cuisse, une solution d'hypochlorite de potassium ou de sodium. On dissout 5 grammes de potasse et 4 grammes de soude caustique dans un litre d'eau, et on fait passer dans cette eau du chlore lavé. Il se forme donc des hypochlorites de potasse et de soude, de la liqueur de Labarraque et de l'eau de Javel, corps oxydants et désinfectants, comme chacun sait. On injecte chaque jour 1 1/2 ou 2 centimètres cubes de cette solution sous la peau, à l'épaule ou à la cuisse. On choisit les endroits où le liquide injecté se trouve le plus près des ganglions lymphatiques, pour qu'il pénètre dans la circulation. Aucune réaction locale ne se produit.

Dans le même journal, M. R.-M. Gilchrist recommande l'emploi de la cocaïne contre le cancer. D'après M. Gilchrist, la cocaïne détermine une amélioration au moins temporaire, et elle apaise les douleurs plus que ne le fait aucun autre médicament.

Deux faits sont intéressants dans la note de M. Gilchrist.



C'est que les cancéreux semblent tolérer particulièrement bien la cocaïne, mieux que les sujets non cancéreux.

Et c'est que la cocaïne aurait une valeur diagnostique. Si on hésite sur la nature d'une tumeur, dit M. Gilchrist, usez de cocaïne. Si l'état ne s'améliore pas, c'est qu'il ne s'agit pas d'une tumeur maligne.

Le médecin anglais administre le remède *intus* et *extra* : en application sur le mal, et par ingestion. (*Revue moderne de médecine et de chirurgie*, septembre.)

Les sels de calcium dans les néphrites.

Nous avons appelé l'attention de nos confrères sur ce mode de traitement dans un de nos numéros précédents. Depuis, nous avons trouvé dans la *Semaine médicale* (1) le compte rendu d'expériences de M. Tumminia faites avec ce médicament sur un certain nombre de malades à l'hôpital de Palerme.

Voici comment procédait l'auteur :

Le diagnostic de néphrite une fois assuré (tant par l'analyse chimique et microscopique des urines que par l'examen clinique), le malade était soumis, pendant dix jours, au régime lacté absolu, en même temps que l'on recueillait soigneusement les urines de vingt-quatre heures et que l'on en pratiquait l'examen chimique et microscopique. Cela fait, on continuait, durant une nouvelle période de dix jours, la diète lactée, en y associant le chlorure de calcium à la dose journalière de 0 gr. 50 à 1 gramme, et en ayant soin d'effectuer, tous les jours, l'analyse des urines émises pendant vingt-quatre heures. Ensuite, l'usage du

(1) 6 octobre 1909.



PAGE NOT AVAILABLE

macies homœopathiques sous le nom de *Calcarea muriatica*. En faisant faire une première dilution décimale avec moitié eau, moitié alcool, 35 gouttes représentent 10 centigrammes de substance. On pourra donc prescrire 12 gouttes trois fois par jour et augmenter la dose, si cela est nécessaire.

D[r] MARC JOUSSET.

MEDECINE PRATIQUE

UN NOUVEAU SIGNE DE L'INSUFFISANCE AORTIQUE ; L'HIPPUS CIRCULATOIRE.

Le D[r] Michel Landolfi, médecin de l'hôpital « Incurabili » de Naples (1), en examinant systématiquement les yeux de malades atteints d'insuffisance aortique pure ou compliquée, a pu constater chez quelques-uns d'entre eux un mouvement rythmique de rétrécissement et de dilatation de la pupille, indépendant de la volonté du malade et de l'éclairage ambiant. Ce symptôme, qui porte le nom d'hippus, peut se rencontrer dans une affection congénitale, l'hippus congénital, s'accompagnant ordinairement de nystagmus, ou dans les maladies nerveuses. Chez les malades atteints d'insuffisance aortique, l'hippus circulatoire est caractérisé par un mouvement de l'iris, synchrone aux mouvements du cœur, le rétrécissement de la pupille correspondant à la systole ventriculaire et la dilatation à la diastole.

(1) *La semaine médicale*, 28 juillet.

Pour rendre ce phénomène plus évident, il faut faire tenir le sujet debout, le faire courir, comprimer les fémorales ou l'aorte abdominale, ou encore lui administrer de la digitale. Le phénomène diminue au contraire par le décubitus, le repos prolongé, après l'administration du bromure ou l'inhalation de nitrite d'amyle.

Cet hippus circulatoire ne s'observe que dans des insuffisances aortiques pures, à la période d'hypersystolie, lorsqu'il existe une notable hypertrophie du ventricule gauche et un pouls de Corrigan visible.

Le Dr Landolfi, sur vingt-quatre cas observés dans ces conditions, n'a rencontré qu'une seule fois, d'une manière évidente, de l'hippus circulatoire, sans aucun artifice.

Il s'agissait d'un homme de 65 ans, qui présentait les symptômes suivants : forte dyspnée, choc énergique de la pointe un peu en dehors et en bas, rapidité des contractions cardiaques, augmentation dans le sens longitudinal de l'aire de matité absolue du cœur, double souffle au foyer aortique, pouls de Corrigan visible, double ton de Traube, double souffle de Duroziez, pouls capillaire de Quincke, signe de Müller, signe de Musset, pouls amygdalo-carotidien de Huchard. Le diagnostic établi était : insuffisance aortique avec hypertrophie du ventricule gauche chez un artérioscléreux. En examinant les yeux de ce malade, on notait que la largeur de la pupille subissait un changement continuel et rapide et que ces mouvements bilatéraux, qui n'avaient aucun rapport avec les variations de l'intensité de l'éclairage, étaient synchrones avec les contractions cardiaques, suffisamment accentués pour qu'on pût les constater facilement à l'œil nu sans pouvoir cependant les compter, mais rien que par leur nombre même il était manifeste qu'ils étaient indépendants de la respiration ;



par un examen plus attentif on pouvait se rendre compte sans peine qu'ils s'accomplissaient régulièrement d'après les révolutions du cœur : le rétrécissement de la pupille correspondait à la systole du ventricule et la dilatation à la diastole.

Chez un certain nombre d'autres malades, ce signe apparaissait très nettement après avoir administré de la digitale (XV gouttes de teinture de digitale pendant quatre jours).

Voici donc un signe nouveau pour le diagnostic de l'insuffisance aortique.

Dr Marc Jousset.

REVUE DES SOCIETES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

Abcès du foie dans la dysenterie nostras.

M. Boinet, dans la séance du 29 juin, a communiqué à l'Académie de médecine un fort intéressant travail sur ces questions d'anatomie pathologique. Ce travail qui repose sur 21 observations démontre que les abcès du foie, même dans leurs formes graves, peuvent accompagner la dysenterie bacillaire et présenter dans certains cas la même gravité que les abcès du foie symptomatiques de la dysenterie amibienne.

Nous reproduisons ici un résumé présenté comme conclusions par l'auteur.

Conclusions. — Les vingt et un faits cliniques et anatomo-pathologiques précédents permettent de tirer les conclusions suivantes qui, malgré l'absence de recherches microscopiques, ont une certaine importance pratique :

1° La dysenterie des climats tempérés, c'est-à-dire la dysenterie bacillaire, épidémique ou non, détermine l'abcès du foie nostras qui peut présenter les mêmes modalités que les abcès des pays chauds, d'origine dysentérique amibienne ;

2° L'abcès dysentérique nostras est parfois d'un diagnostic difficile ; il peut succéder à une dysenterie légère qui a pu passer inaperçue si l'attention n'est pas attirée sur cette affection initiale ; il peut rester latent ou être pris pour une tuberculose pulmonaire, une pneumonie, une pleurésie droite, un kyste hydatique suppuré, etc. Dans les formes d'hépatite suppurée aiguë avec abcès multiples ou abcès nécrosique s'accompagnant de phénomènes généraux graves d'aspect typhique ou rappelant l'ictère grave infectieux, il faut se garder de diagnostiquer une fièvre typhoïde, un simple ictère grave ou tout autre état infectieux, en négligeant l'affection hépatique.

3° Il existe deux formes principales anatomo-cliniques de suppuration hépatique d'origine dysentérique nostras ou tropicale. La *première*, commune, habituelle, consiste dans l'abcès du foie souvent unique, à pus louable, assez bien enkysté, assez facilement curable après une opération large et hâtive. C'est la forme classique qui est relativement fréquente dans le Sud-Est de la France.

La *seconde*, plus souvent consécutive à une dysenterie ulcéro-gangreneuse grave, a un pronostic plus sérieux : elle consiste dans une hépatite aiguë suppurée, assez diffuse et destructive, avec pus lie de vin mélangé à des détri-



tus parfois sphacélés de tissu hépatique et contenu dans des abcès multiples ou nécrosiques. Au plus haut degré de l'infection, les lésions purulentes, ulcératives, gangreneuses du gros intestin et du foie sont comparables à celles du phlegmon diffus. Cette forme (observations XI, XII, XIII, XIV, XV) se traduit cliniquement par un état général infectieux avec symptômes typhiques et phénomènes d'ictère grave, d'insuffisance hépatique aiguë et de septicopyémie dont l'intensité domine les signes de l'abcès nécrosique.

4° Ces abcès du foie dysentérique nostras ont eu comme principales complications : 1° des adhérences de la poche purulente à l'estomac et au côlon ; 2° l'ouverture de l'abcès du foie dans le poumon et les bronches par vomique, dans la plèvre droite avec empyème; 3° une collection purulente sous-diaphragmatique et sous-hépatique consécutive à un abcès nécrosique de la partie postérieure du foie ; 4° quelques abcès multiples ou siégeant dans la lobe gauche du foie ; 5° une cholerragie post-opératoire.

La marche des abcès du foie, leur progression à travers les tissus et leurs communications avec les viscères voisins ne se fait point au hasard, mais bien suivant les lois de la physiologie pathologique.

L'inflammation se propage toujours dans les couches vasculaires qui tapissent les membranes d'enveloppe des viscères où les tuniques des vaisseaux ; elle détermine la mortification moléculaire ou la transformation en pus. C'est par la mortification moléculaire des tissus qu'elle détermine leur ulcération et leur perforation.

Appliquant ces lois d'anatomie pathologique à la marche des abcès du foie, les phénomènes suivent la marche suivante quand les abcès siègent à la convexité : l'inflamma-

tion se propage au réseau vasculaire qui rampe à la face inférieure du diaphragme ; de là cette inflammation se propage à la couche vasculaire supérieure de ce muscle ; et de cette double inflammation résulte l'oblitération des parties vasculaires envahies, la mortification moléculaire et la perforation du muscle diaphragme.

Le pus de l'abcès hépatique communiquera donc avec la cavité pleurale; et cette cavité est le siège d'un épanchement qui s'oppose à la formation d'adhérences ; mais s'il n'existe pas de liquide dans la plèvre, l'inflammation se propageant dans la plèvre pulmonaire détermine des adhérences solides entre la base du poumon et le diaphragme; l'inflammation se propage aux bronches qui occupent la base du poumon. Frappées de gangrène moléculaire, cette partie du poumon s'ulcère, se creuse et établit la communication entre l'abcès du foie et les bronches, communication dont nous avons décrit toutes les étapes, depuis l'abcès du foie, le mécanisme de cette communication s'opérant par les adhérences successives, et le progrès de l'ulcération de l'abcès du foie aux bronches à travers le diaphragme et la base du poumon.

L'ouverture de l'abcès du foie dans les organes creux qui l'entourent, estomac, duodénum, colon, s'opère par un mécanisme beaucoup plus simple : adhérences solides entre le foie et l'intestin par exemple puis ulcérations des parois de l'abcès et des parois intestinales et évacuation du pus par l'intestin.

Opothérapie surrénale dans la maladie d'Addison.

M. Boinet, dans la séance du 5 octobre 1909 de l'Académie de médecine, a communiqué un travail très intéressant

sur le traitement de la maladie d'Addison par l'ingestion de capsules surrénales de veau et aussi par des injections sous-cutanées d'adrénaline (principe actif des glandes surrénales).

Ce traitement opothérapique repose sur cette théorie que les symptômes addisionniens sont produits par la suppression ou la diminution du fonctionnement des glandes surrénales. Dans cette théorie, la thérapeutique aurait pour but de rendre à l'organisme un principe qui lui manque et de rétablir ainsi la santé.

Les résultats obtenus par cette médication sont déconcertants par leurs contradictions ; tandis que certains malades sont manifestement soulagés et quelques-uns guéris radicalement par l'administration de l'adrénaline, d'autres voient leur état s'aggraver, et je dois le dire, semblent succomber aux suites de la médication.

Ces résultats contradictoires démontrent que le médecin ne serait s'entourer de trop de précautions dans le maniement de ces substances médicamenteuses nouvelles. Un certain nombre de liquides qui servent à l'opothérapie ne produit jamais d'accidents dans l'organisme : tel le liquide pancréatique par exemple. Leur emploi ne présente aucun inconvénient et ne nécessite aucune précaution particulière ; d'autres, parmi lesquels il faut nommer le liquide thyroïdien et celui des capsules surrénales constituent des liquides toxiques au plus haut degré.

Dans le traitement de la maladie d'Addison, la mort se produit avec des symptômes d'insuffisance surrénale aiguë : vomissements muqueux, bilieux, incessants et incoercibles, avec diarrhée séreuse, profuse ; cyanose de la face et des doigts, crampes dans les membres, état cholériforme. Puis les symptômes s'aggravent de plus en plus ; le froid envahit



PAGE NOT AVAILABLE

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

I

Contribution a l'étude de la fièvre de Malte.

(*Séance du 8 octobre.*) — M. Vladimir Bensis, chef de clinique à la Faculté de médecine d'Athènes, a eu l'occasion d'observer un assez grand nombre de cas de fièvre de Malte. Cette maladie est fréquente en Grèce, à cause de l'usage populaire du lait de chèvre. Elle est devenue très rare dans la garnison anglaise de Malte, qui était autrefois décimée par cette maladie, depuis que l'usage du lait de chèvre y a été interdit d'une façon rigoureuse.

Dans le courant de 1906-1907, M. Bensis a traité six malades atteints de cette fièvre rémittente, et tous ces cas présentaient entre eux une grande analogie, surtout au point de vue hématologique et urologique.

L'agglutination du sang à l'égard du *micrococcus melitensis* était très marquée dans ces cas, comme c'est la règle ; mais cette agglutination a permis de reconnaître un certain nombre de cas se présentant comme *formes frustes* de la maladie, qui, cliniquement, ne se révèlent que par un peu de fièvre et des douleurs *localisées*. Celles-ci peuvent donner le change et dérouter presque toujours du vrai diagnostic ; elles peuvent être prises pour des arthralgies, des myalgies, des sciatiques, des points de côtés, car c'est l'élément *douleur* qui prédomine.

Voici les *symptômes* observés par M. Bensis dans les six cas qu'il a soignés.

Début par une série de *frissons*, qui se répètent plu-

sieurs jours de suite, souvent pendant une semaine. Le *faciès* des malades attire particulièrement l'attention ; en quelques jours, il se décolore et finit par devenir d'un blanc de porcelaine. Cela donne à ces malades une ressemblance avec ceux qui sont atteints de rhumatisme articulaire aigu, d'autant plus qu'on observe dans les deux cas des sueurs profuses et continues. M. Bensis attache une grande importance à cette pâleur, qui permet de différencier la fièvre de Malte de la fièvre typhoïde, à un moment où le laboratoire ne permet pas encore de faire le diagnostic.

Pendant cette période d'invasion, on peut aussi observer des *douleurs*, beaucoup moins intenses et moins persistantes que celles qui apparaissent à la période de déclin, qu'elles annoncent. Ces douleurs se présentent sous forme d'arthralgie ou de névralgies intercostales, elles durent pendant une quinzaine de jours, pour disparaître pendant la période d'état.

On observe aussi à cette période des *sueurs*, qui, contrairement à celles des tuberculeux et des paludéens, sont continues et ne peuvent se comparer qu'à celle des rhumatisants.

La *dureté de l'ouïe*, quelquefois même la surdité, se rencontre souvent pendant cette période, et persiste pendant toute la période d'état pour disparaître pendant la convalescence.

Chez tous les malades, on observe une *hypertrophie du foie*, qui déborde les fausses côtes de deux travers de doigt et peut quelquefois atteindre l'ombilic. La *rate* présente aussi une hypertrophie comme dans les maladies infectieuses.

La *courbe thermométrique* présente une série d'ondulations successives qui lui donne l'aspect de montagnes rus-

ses ; le plus souvent, ce sont trois périodes fébriles, séparées par des périodes apyrétiques ; parfois il y en a davantage. Les rémissions matinales sont peu accusées pendant la première période fébrile, elles s'accentuent de plus en plus dans les périodes fébriles suivantes.

Pendant cette longue période d'état, le syndrome douleur manque complètement, l'appétit du malade se maintient intact, et les seuls symptômes sont la fièvre, la pâleur du visage, constamment baigné de sueurs, un certain degré de dureté de l'ouïe et de la lassitude musculaire.

Chez les six malades du Dr Bensis, le cœur est toujours resté bon, ainsi que les reins ; on a cependant signalé quelquefois de l'albuminurie.

C'est pendant la convalescence, au moment où la fièvre fléchit et disparaît, que surviennent les *douleurs* si pénibles pour les malades ; très souvent on observe une douleur qui frappe la cage thoracique en entier, muscles et os, ce qui condamne le malade à l'immobilité absolue pendant plusieurs jours ; on peut observer ainsi des névralgies du trijumeau, du circonflexe, du plexus brachial ; ces douleurs durent ordinairement de 8 à 15 jours, mais elles peuvent reparaître après une disparition complète.

Le Dr Bensis a fait des *recherches hématologiques* intéressantes ; il a constaté dans la *période d'invasion* une anémie du sang caractérisée par une diminution considérable de l'hémoglobine, qui tombe au 60 et même au 50 de l'hémoglobinomètre de Fleischl ; il y a en même temps augmentation du nombre des hématoblastes, mais les globules rouges sont à peine diminués en nombre et ne présentent aucune altération ; la leucocytose est normale.

Dans la *période d'état*, les résultats sont différents peu



dant les *périodes fébriles* et les *périodes d'apyrexie*. Pendant les périodes fébriles, il existe une hyperleucocytose peu intense, de 12 à 15.000 globules blancs : les polynucléaires neutrophiles sont abondants, 75 à 80 pour 100 ; myélocytes neutrophiles, 3 à 4 pour 100. Les grands mononucléaires à protoplasma homogène sont plus nombreux que les lymphocytes dont le nombre est très réduit ; il n'y a pas d'éosinophiles ; le nombre des hématoblastes est normal. Pendant la période apyrétique, les polynucléaires diminuent, de nombreux éosinophiles apparaissent presque tous polynucléaires ; en même temps on observe une grande quantité d'hématoblastes. Ces deux tableaux hématologiques alternent pendant la période d'état, suivant qu'on examine le sang pendant une période fébrile ou une période apyrétique.

Dans la période de convalescence, *l'hyperleucocytose* diminue, les grands mononucléaires à protoplasma homogène augmentent au point de dominer les polynucléaires ; les lymphocytes sont toujours en très petit nombre ; l'éosinophile est plus intense que celle des périodes apyrétiques et les hématoblastes sont aussi plus nombreux. L'hémoglobine augmente assez rapidement à 60, 70 et 80 degrés, mais reste longtemps avant de dépasser ce chiffre.

La *réaction agglutinante* du sérum apparaît du 9e au 13e jour ; son intensité est à son maximum entre le 30e et le 40e jour ; elle décroît ensuite.

Elle est ordinairement très intense pendant la période d'état, 1 pour 1.000, 1, pour 2.000, 1 pour 10.000.

Au point de vue *urologique*, M. Bensis a constaté chez ses malades l'absence d'albumine, quoique l'albuminurie ait été signalée chez un certain nombre de malades.

Il faut remarquer une grande quantité d'*urobiline* dans les urines, un *abaissement notable du taux de l'urée*, bien que les malades soient bien nourris pendant toute leur maladie.

II

Bronchites albuminuriques et catarrhes pituiteux.

MM. F. Bezançon et de Jong voudraient apporter un peu de clarté dans la confusion qui règne entre le catarrhe pituiteux, les bronchorrhées, les bronchites albuminuriques, et certaines variétés d'œdème pulmonaire.

Ils pensent que l'erreur provient de ce que l'on nomme expectoration albumineuse toute expectoration abondante, spumeuse.

L'examen histo-chimique et chimique montre que l'on doit dans ces expectorations distinguer trois types nettement distincts.

1° *Expectoration séro-albumineuse vraie* où l'examen histo-chimique montre l'absence complète de mucus, la présence d'une petite quantité de cellules bronchiques encore intactes pour la plupart, comme arrachées de la muqueuse bronchique, quelques cellules pulmonaires et une quantité considérable de grosses gouttelettes d'exsudat séro-albumineux.

L'examen chimique montre une énorme quantité d'albumine jusqu'à 33 grammes par litre.

L'expectoration est donc voisine du sérum sanguin normal, dilué, ayant entraîné mécaniquement quelques cellules pulmonaires et quelques cellules bronchiques.

2° *Expectoration hydro-muqueuse.* — L'examen histo-chimique y révèle la présence d'une très petite quantité de mucus hyalin, d'une certaine quantité de cellules bron-

chiques en voie de dégénérescence, mais, phénomène capital, le fond des préparations est constitué uniquement par de l'eau et on ne voit pas de grosses gouttelettes d'exsudat séro-albumineux, caractéristiques de la présence d'une notable quantité d'albumine dans le crachat.

L'examen chimique confirme ces données et révèle la présence de doses infimes de mucus (50 centigrammes pour 1.000) et l'absence absolue d'albumine.

Cette expectoration est donc exclusivement d'origine bronchique.

3° *Expectoration mixte à prédominance hydro-muqueuse.* — L'examen histo-chimique ferait croire ici qu'il s'agit d'expectoration hydro-muqueuse pure du premier groupe, car l'albumine y est en trop petite quantité et est surtout trop diluée pour être décelable histologiquement. L'examen chimique seul montre une certaine quantité d'albumine. Dans les cas que nous avons observés, cette albumine variait de 0 gr. 75 à 1 gramme pour 1.000 dans un cas, de 1 à 3 pour 1.000 dans l'autre, dosage fait avec le réactif d'Esbach, donc plutôt trop élevé. Cette albumine peut être absente à certaines périodes, et présente à d'autres. Il y a donc bien là de l'exsudat séro-albumineux, mais cet exsudat est surajouté à une hypersécrétion bronchique qui est le phénomène constant et fondamental.

Le premier groupe de malades ayant une expectoration séro-albumineuse pure correspond aux cas typiques d'œdème pulmonaire aigu vrai, sur lesquels il est inutile d'insister.

Le second groupe comprend deux types de malades. Dans quelques cas assez rares, des emphysémateux avec bronchite chronique expectorent chaque jour de très gran-



des quantités de liquide, jusqu'à 450 centimètres cubes dans un cas que nous observons, sans qu'à aucun moment ils aient d'expectoration purulente. C'est là une variété de bronchite chronique, nettement définie, à laquelle on pourrait réserver le nom de catarrhe pituiteux. Si ces cas à expectoration aussi abondante sont rares, il est extrêmement fréquent de voir des emphysémateux remplissant deux crachoirs dans les vingt-quatre heures avec un liquide spumeux blanchâtre au fond desquels parfois on trouve quelques rares crachats purulents. Les cas dits d'asthme humide, qui sont en réalité des hypersécrétions bronchiques chez d'anciens asthmatiques devenue emphysémateux et qui restent sujets aux attaques de dyspnées asthmatiformes, rentrent également dans cette catégorie.

Le troisième groupe, dans lesquels l'expectoration tient surtout à l'hypersécrétion bronchique, mais un peu à l'œdème pulmonaire, correspond à des malades complexes, présentant à la fois de l'emphysème avec bronchite chronique, et des accidents cardio-rénaux. Ce sont là ces polyscléreux, surtout emphysémateux et bronchitiques, mais présentant à une période de leur évolution soit des accidents de sclérose rénale, soit des accidents cardiaques.

Ce sont surtout les malades de ce troisième groupe qui paraissent à MM. F. Bezançon et de Jong les plus intéressants à étudier, et ils donnent une observation à propos de laquelle ils ont fait des recherches très approfondies et comparatives entre les crachats et les urines.

Chez ce malade, qui crachait en moyenne 250 centimètres cubes par jour, les urines et les crachats avaient une marche identique, lorsque les urines diminuaient, les crachats diminuaient, et *vice versa ;* il n'en était pas de même pour l'albumine des crachats et de l'urine, dont la présence



PAGE NOT AVAILABLE

che, une ulcération unique, de la surface d'une pièce de deux francs, à bords abrupts et rougeâtres, irréguliers et un peu décollés, à fond suppurant. La lésion était suppurante et saignait à la pression. Il y avait un peu d'empâtement de la lèvre à ce niveau. Les organes génitaux étaient indemnes.

Il s'agissait d'un chancre simple ; un frottis de pus montra de nombreux cocci et des bacilles courts, dont quelques-uns en file indienne, semblables au bacille de Ducrin. Une auto-inoculation au bras a été positive.

Ce malade avait à la lèvre supérieure une égratignure qui a été la porte d'entrée de l'infection.

IV

Le sérum antiméningococcique de Flexner dans le traitement des arthrites blennorragiques.

MM. Pissavy et Chauvet apportent deux observations d'arthrites blennorragiques traitées avec succès par le sérum de Flexner.

Ils ont été amené à essayer ce traitement par la grande analogie qui existe entre le méningocoque et le gonocoque, analogie telle que quelques auteurs ont voulu les identifier.

Ils ont fait des injections de 20 à 40 centim. cubes de sérum. Voici leurs conclusions :

I. — Tout d'abord ce traitement *a paru abréger notablement* la durée des accidents arthropatiques.

II. — *Une injection ne suffit pas ;* plusieurs injections sont nécessaires ; il y a intérêt à les rapprocher.

III. — *Après chaque injection il y a : a*) une élévation thermique ;*b*) une recrudescence des douleurs, ces douleurs



ont souvent le caractère nocturne et disparaissent le matin ; elles durent peu de temps.

IV. — *Les divers accidents du rhumatisme blennorragique réagissent différemment au sérum anti-méningococcique.* — *a*) les arthralgies rétrocèdent les premières, après avoir changé de caractère ; — *b*) les articulations qui ont été légèrement touchées et dans lesquelles il persiste un peu d'empâtement et de gêne fonctionnelle sont rapidement améliorées ; — *c*) les arthrites à forme pseudo-phlegmoneuse passent par plusieurs phases dans leur évolution régressive ; 1° les douleurs spontanées disparaissent tout d'abord et cependant il n'y a aucune modification locale ; les douleurs provoquées persistent ; 2° les douleurs provoquées disparaissent ; 3° l'article commence à diminuer de volume et l'œdème extra-articulaire change de caractère ; 4° l'œdème extra-articulaire disparaît progressivement, mais il reste un certain degré d'empâtement articulaire, non douloureux et compatible avec quelques légers mouvements ; 5° une crise survient comprenant une crise thermique, une crise sudorale, une crise urinaire ; dès lors, l'empâtement articulaire disparaît en grande partie ; la malade commence à faire quelques pas et la guérison s'achève progressivement.

V. — Des accidents sériques peuvent apparaître ; dans notre premier cas, nous avons remarqué que : *a*) des arthralgies survenaient dans les articulations jusque-là indemnes ; — *b*) il n'y avait pas de réveil des douleurs dans les articulations touchées par le rhumatisme blennorragique ; bien au contraire, un point douloureux qui persistait, disparut à ce moment ; — *c*) les accidents sériques se sont terminés par une crise qui a paru coïncider avec l'amélioration définitive.

Dr Marc Jousset.



REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX FRANÇAIS

Les oosporoses. — (Professeur Roger, *Presse médicale*, 23 juin.)

Les oospores sont des champignons très répandus dans la nature, et pouvant habiter les cavités naturelles à l'état saprophyte. Mais parfois elles peuvent être le point de départ d'un processus inflammatoire ou de suppuration.

On rencontre ce micro-organisme dans beaucoup d'affections mais quand il se localise au poumon il offre un intérêt clinique tout particuliers parce qu'il peut donner lieu aux symptômes de la tuberculose vraie, et à des lésions caverneuses qui se développent surtout au pourtour des conduits aériens. Et dans ce cas l'affection présente un intérêt pratique considérable parce qu'elle peut égarer le diagnostic et faire prendre pour une véritable tuberculose, un complexus morbide qui se rattache manifestement à une cause externe: l'envahissement d'un viscère par une espèce des nombreuses *oospores*. Le point le plus pratique sur lequel nous appelons l'attention des médecins, c'est le grand intérêt qui existe surtout au point de vue du pronostic : pronostic pour le malade, et pronostic pour la famille, dans la distinction à établir entre la vraie et la fausse tuberculose, puisque cette fausse tuberculose, toujours de cause externe, ne peut jamais, si grave qu'elle soit pour



l'individu qui en est la victime, donner la moindre préoccupation sur la santé des autres membres de la famille.

L'Erythème noueux et la tuberculose.

Dans la *Presse Médicale* du 26 juin, M. Marfan, médecin à l'hôpital des Enfants, expose et défend cette thèse que l'érythème noueux est fréquemment, mais non toujours, une affection tuberculeuse.

M. Marfan appuie son opinion, d'abord sur des observations cliniques qui montrent les localisations tuberculeuses ayant accompagné ou suivi l'évolution d'un érythème noueux. Cet argument, tiré d'un rapport de succession entre l'érythème noueux et la tuberculose, est passible d'une objection sérieuse ; c'est qu'il s'agit ici de simples coïncidences. Il n'en est pas de même des arguments suivants : la cuti-réaction, par l'inoculation sous-cutanée de tuberculine, a été positive dans un certain nombre de cas d'érythème noueux, et c'est là un fait d'une très grande importance pour la démonstration de la nature tuberculeuse de cette affection. Aussi, M. Marfan, sans aller jusqu'à affirmer que l'érythème noueux relève toujours d'une tuberculose évidente ou latente, pense que, le plus souvent, elle reconnaît pour cause une infection bacillaire.

Les expériences contradictoires sur la cuti-réaction tuberculeuse, infirment jusqu'à un certain point l'argument précédent, et devant le fait clinique, qui nous montre l'érythème noueux, avec les caractères qui permettent de rapprocher cette affection des fièvres éruptives, et le rétablissement intégral de la santé des sujets qui ont éprouvé cette fièvre, nous conserverons à l'érythème noueux sa place à côté des fièvres érputives.




PAGE NOT AVAILABLE

4° Le sulfate neutre de *strychnine* ajouté à la solution anesthésiante lui conserve toute sa puissance analgésique tout en lui enlevant son action nocive sur le bulbe. C'est grâce à elle que l'anesthésie supérieure est possible sans danger;

5° Des anesthésiques connus, la *stovaïne* et la *novocaïne* paraissent les meilleurs. On peut les employer indifféremment mélangés à la strychnine;

6° La strychnine et l'anesthésique (stovaïne ou novocaïne) ne doivent pas être stérilisés, la stérilisation leur enlevant en partie leur qualité ;

7° La préparation de la solution anesthésiante doit être faite au moment de l'emploi, car elle s'altère assez vite et perd ses propriétés ;

8° On doit employer l'eau non distillée, mais préalablement stérilisée ;

9° L'injection sera faite avec 1 centimètre cube de la solution : eau, strychnine et stovaïne ou novocaïne en quantités variables ;

10° La technique est simple ; la seringue de Pravaz, l'aiguille ordinaire à ponction lombaire constituent l'instrumentation nécessaire;

11° La rachianesthésie générale ne connaît aucune contre-indication. Elle doit réussir toujours si le liquide a pénétré dans l'espace arachnoïdien et si la dose d'anesthésique employée a été suffisante ;

12° La rachianesthésie générale est absolument bénigne, elle n'a jamais causé la mort ni donné lieu à des accidents de quelque importance, immédiats ou tardifs ;

13° La rachianesthésie générale est infiniment supé-



rieure à l'anesthésie par inhalation ; par sa simplicité elle est à la portée de tous; par son manque de contre-indication elle peut être employée chez tous les malades et pour toutes les opérations.

Pouvant être pratiquée par le chirurgien lui-même, elle supprime un aide, souvent insuffisant et toujours irresponsable. Dans les opérations sur la face et sur le cou, où l'anesthésie par inhalation est difficile et souvent incomplète, elle sera d'une grande ressource. Dans les laparotomies, par le silence abdominal qu'elle détermine, elle est de beaucoup supérieure à l'anesthésie par inhalation;

14° Les faits consignés dans ce travail prouvent combien, en science, les condamnations *a priori*, comme celles des professeurs Bier et Rehn, sont précipitées et mal fondées :

15° J'ai la conviction absolue que la rachianesthésie générale sera la méthode d'anesthésie de l'avenir.

Signes tirés de la diurèse dans les affections hépatiques

Rappelons qu'à l'état normal, la moyenne de la diurèse est de 1.500 grammes et que ce chiffre présente des oscillations considérables d'un jour à l'autre. Dans les maladies, tantôt ces oscillations ont tendance à s'effacer et l'élimination devient égale ; tantôt, au contraire, elles s'accentuent et c'est de ces variations qu'ont été déduits les signes du diagnostic dans les maladies du foie.

Dans la cirrhose, et au début de la maladie, les oscillations de la quantité d'urine s'accompagnent de polyurie, et il faut retenir que c'est là un des premiers symptômes de cete maladie. Après cette première période qui dure plus ou moins longtemps, tantôt la diurèse diminue, ce qui est un mauvais signe, tantôt, au contraire, les urines augmentent, ce qui annonce une tendance à la guérison. Enfin, dans ce dernier cas, il s'établit une véritable polyurie.

PAGE NOT AVAILABLE

sations massives des hépatisations disséminées, et les différents degrés de chacun de ces processus inflammatoires ; elle suivra dans les couches corticales du cerveau et dans les faisceaux de la moelle épinière, les lésions de la paralysie générale et celle de l'ataxie locomotrice, mais jamais elle ne s'élèvera à une conception générale de ces processus pathologiques qui ont pour résultats la constitution et la délimitation rigoureuse des espèces morbides telles que les ont définies et décrites l'école de Tessier, de Bazin et de Trousseau, méthode aujourd'hui généralement acceptée et à laquelle nous devons la supériorité de la nosographie contemporaine.

Pour être complet, nous devons ajouter que cette école avait le record de la forme ennuyeuse ; les ouvrages qu'elle a produits peuvent encore être consultés avec fruit, mais ils sont absolument illisibles, et je me rappelle encore avoir vu longtemps dans la salle de garde de l'Hôtel-Dieu les deux volumes sur la fièvre typhoïde, richement reliés, avec cet avis: « La salle de garde offre gracieusement ces deux volumes à celui qui s'engagera d'honneur à les lire entièrement. » Or, à ma connaissance, personne n'eut jamais ce courage, et les deux volumes restèrent à la salle de garde.

Ce fait montre l'importance de la forme pour les exposés scientifiques. Les leçons cliniques de Trousseau se lisaient comme un roman, et les travaux de Louis n'étaient guère connus que des adeptes de la méthode numérique, pour qui ils étaient une lecture horriblement difficile.

Nous trouvons donc tout à fait inutile cet essai de reconstituer la figure de l'ancien chef de la méthode numérique ; les années qui passent sur cette mémoire effacent de jour en jour les imperfections, pour ne rien dire de

PAGE NOT AVAILABLE

L'ART MEDICAL

DÉCEMBRE 1909

THERAPEUTIQUE GENERALE

DES NOVATEURS EN HOMŒOPATHIE (*suite*).

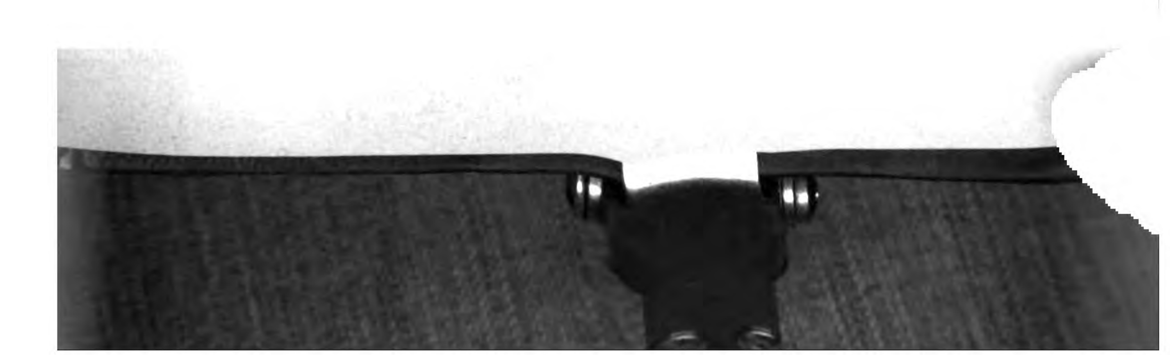
DU TRAITEMENT DU CANCER.

Comme suite à notre article sur les « Novateurs en homœopathie » publié dans le numéro de novembre de l'*Art Médical*, nous allons exposer le traitement des tumeurs cancéreuses par cette nouvelle école.

C'est dans le numéro de novembre du *Bulletin de la Société homœopathique* et sous la signature de M. Nebel que nous trouvons la description du traitement des tumeurs cancéreuses.

Cette exposition réalise le plus beau modèle de confusion que nous ayons eu à examiner depuis longtemps. Mais l'école qui l'a formulée affiche si hautement la prétention d'exercer une action directrice sur la thérapeutique homœopathique que nous avons cru nécessaire de démontrer que, sous les apparences les plus scientifiques, cette doctrine nouvelle n'avait aucune valeur.

M. Nebel commence par poser les principes de sa ré-



PAGE NOT AVAILABLE

reux ; nous trouvons que ce précepte de M. Nebel est excellent ; seulement il ne nous fournit pas les signes à l'aide desquels on puisse faire un diagnostic de l'état précancéreux ; laissant donc la question qu'il a posée sans solution, il passe sans transition au traitement du cancer.

Voici, autant que j'ai pu la comprendre, sa théorie sur ce point : Au début, *le cancer est une maladie locale ;* la principale indication du traitement est de faire éliminer les poisons cancéreux, et nous verrons qu'il propose deux groupes de médicaments qui répondent à cette indication :

Le premier groupe est constitutionnel ; il mobilise les leucocytes et détermine l'élimination des toxines ; la seconde catégorie contient des médicaments appelés canalisateurs ; ils ont de l'affinité pour l'organe ou siège la maladie, sur l'élaboration des anticorps et enfin favorisent l'élimination des toxines à la surface des organes malades.

Dans cette méthode on utilise spécialement les microbes pathogènes du cancer et leurs toxines : le micrococcinum néoformans de Doyen est l'agent principal de cette médication qui en résumé n'est que de l'isopathie.

J'ajoute que les médecins de cette école n'usent que des médicaments de la 30e à la 20.000e dilution, ce qui ne les empêche pas de déterminer souvent des aggravations, car ils recommandent avec soin de se défier de l'anaphylaxie qui rend souvent tout traitement impossible.

Malgré mon grand désir de rester dans les formes scientifiques, je ne puis laisser passer sans protestations les affirmations pures et simples ayant la prétention de résoudre les questions thérapeutiques les plus difficiles.

Comment accorder quelque valeur aux doctrines théra-



peutiques qui commencent par affirmer que *le cancer est d'abord une maladie locale?*

Au risque de passer pour un puriste exagéré, je ne puis cependant pas laisser dire qu'une affection cancéreuse est d'abord une maladie locale. Le moins que je puisse exiger c'est qu'on modifie cette proposition de la manière suivante : L'affection cancéreuse d'un organe n'est point un cancer local mais bien une localisation du cancer.

Quelques-uns se récrieront contre des distinctions qu'ils oseront qualifier de byzantines, sans réfléchir, peut-être même sans savoir que ces distinctions ont une importance pratique considérable. Si on accepte en effet que toute affection cancéreuse n'est que la localisation de la diathèse, on a par cela même l'intelligence de la reproduction du cancer après son ablation et de la multiplication des affections cancéreuses dans la cachexie ; la connaissance clinique de ces reproductions et la connaissance exacte des règles qui gouvernent et le lieu et le temps et le mode évolutif de ces reproductions constituent un ensemble de connaissances dont le chirurgien ne doit ignorer aucun détail quand il s'agit de décider de l'intervention chirurgicale dans le traitement des tumeurs cancéreuses.

Quelques-uns de ces cancers, le cancer de la peau, par exemple, guérissant presque toujours par le traitement de la pâte arsenicale et au contraire le cancer de la langue récidivant malgré la technique chirurgicale la plus perfectionnée montre, l'importance pratique du diagnostic.

Si nous ajoutons que les médecins qui appliquent cette thérapeutique au traitement du cancer n'emploient jamais de dilution au-dessous de la 30ᵉ, et que, plus souvent, ils espacent d'au moins une semaine la prise du médicament.

nous aurons la caractéristique de cette thérapeutique nouvelle.

Maintenant nous arrivons au point délicat de notre examen : les partisans de ces doses espacées, des médicaments dilués jusqu'à la 20.000e dilution, affirment qu'ils guérissent habituellement les affections les plus rebelles comme les lipomes et les corps fibreux, par exemple, ou les plus dangereux, comme le cancer et la tuberculose. Et ils en appellent à la clinique, et ils citent des observations de malades, pour démontrer l'efficacité de leur méthode.

Nous pourrions examiner les cas de guérison qu'on nous cite, rechercher si le diagnostic se présente avec toutes les garanties scientifiques; étudier les modifications produites par le traitement, et avoir ainsi les éléments d'une conviction. Mais le problème ne se présente jamais dans des conditions aussi claires, et le plus souvent, les prôneurs de ces guérisons merveilleuses procèdent par simple affirmation.

L'affirmation est leur seul mode de démonstration ; ils ont guéri par douzaines les cancers quels que soient leurs sièges : cancer de la peau, cancer de l'estomac, cancer du sein ; le cancer de la langue, lui-même, ne résiste point à leur thérapeutique.

Ils guérissent aussi facilement ces affections torpides et qui, jusqu'ici se sont montrées rebelles à toutes les thérapeutiques : l'artério-sclérose est facilement modifiable ; les dégénérescences du rein, du foie, deviennent des affections curables. N'avons-nous pas entendu le médecin de Lausanne annoncer qu'il avait guéri un grand nombre de cancers et que le lipome, ce type des affections qui échappent aux influences thérapeutiques, est tout ce qu'il y a de plus facile à guérir.



Désirant garder dans l'expression de notre pensée les formes que doit présenter toute discussion scientifique, nous nous bornerons à dire que ces cures merveilleuses sont de pures illusions qui ont pour causes en premier lieu, une connaissance insuffisante de la pathologie, en second lieu une disposition d'esprit à rechercher et à admettre d'enthousiasme les solutions thérapeutiques les plus hasardées.

Les novateurs en thérapeutique homœopathique ont donc eu grand tort d'abandonner les préceptes émis en 1797 et de se laisser entraîner par les élucubrations des illuminés. Avec la première méthode, l'école de Hahnemann restait sur le terrain traditionnel de la clinique et demeurait en union de travail avec le monde médical. En abandonnant ce terrain véritablement positif les novateurs en homœopathie se sont placés eux-mêmes en dehors des doctrines traditionnelles et subissent fatalement la déconsidération qui s'attache aux théories des rêveurs en thérapeutique.

Dr P. Jousset.

THERAPEUTIQUE

Le Traitement homoeopathique des maladies du coeur. — Dr O. S. Haines

(Travail présenté à l'Académie de Médecine de Philadelphie par le Bureau de matière médicale et de thérapeutique homœpathiques.)

Par cette expression, le traitement homœopathique des maladies du cœur, il faut entendre cette méthode absolument distincte d'appliquer les médicaments, les agents

thérapeutiques internes, aux divers états morbides du cœur, selon ce qui a été appelé la loi de similitude. Autrement, on n'hésiterait pas à affirmer que le traitement des maladies du cœur par les membres de l'école homœopathique ne diffère en rien des méthodes usuelles acceptées et pratiquées par le corps médical universel.

Il y a beaucoup de manières de donner les médicaments dans la pratique de l'art de guérir. Les besoins du corps humain si complexe, quand il est malade peuvent être nombreux : il est probablement vrai qu'aucune méthode thérapeutique ne peut toujours et invariablement satisfaire à ces besoins. Il a été démontré de beaucoup de façons combien l'homœopathie est raisonnable. Un exemple en est sa bonne volonté à reconnaître et à admettre comme un fait que les médicaments peuvent être choisis pour le malade non seulement suivant la loi de similitude, mais selon d'autres manières, et d'accord avec d'autres méthodes de raisonnement. La méthode du *similia* fut offerte par Hahnemann au monde médical comme une amélioration, comme quelque chose de mieux que les méthodes de choisir les médicaments en vogue à son époque et auparavant. Et lorsque j'entreprends la tâche de montrer en quelques instants que cette méthode de Hahnemann est une méthode qui peut très souvent être employée avec succès pour l'administration des médicaments dans les maladies du cœur, j'admets franchement dans le même moment, l'existence et l'utilité d'autres méthodes de choix des médicaments dans la même classe de cas, me réservant le droit de garder mon opinion personnelle que la méthode du *similia* est, en général, la meilleure à employer. Je ne vois rien dans l'histoire de la médecine qui puisse faire penser à la durée d'une école médicale qui ne



prendrait connaissance que d'une seule méthode thérapeutique. Et en voyant combien l'école homœopathique est raisonnable et libérale, j'y trouve quelque chose qui me dit qu'elle doit se perpétuer. Aussi je n'ai aucun désir de faire des théories pour amener à la croyance de l'universalité de la loi de similitude comme guide, ni à celle de l'infaillibilité des remèdes choisis de cette façon. Aucun médecin n'a le droit de se laisser guider par les théories qui ne peuvent être vérifiées par l'expérience, ni de proclamer des opinions qui ne peuvent être appuyées sur des faits.

Les inflammations aiguës du cœur, endocardiques ou péricardiques sont des affections cardiaques communes. Nous les rencontrons souvent, ce qui est malheureux parce qu'elles sont généralement le début d'une série de transformations morbides dans le cœur, qui, une fois établies, sont progressives et en dernier lieu fatales. Et je pense absolument que, dans les stades inflammatoires du début, l'endocardite aussi bien que la péricardite peuvent être modérées, mises en échec, amenées à une terminaison beaucoup plus rapide par un traitement approprié, et qu'ainsi nous pouvons tout au moins atténuer le dommage immédiat qui en résulte pour les tissus du cœur.

Un point très important de ce que nous appellerons le traitement approprié est le remède interne choisi suivant la loi de similitude. Si l'on a à combattre l'hyperpyrexie, l'action cardiaque violente, et un haut degré d'agitation nerveuse et physique, il est facile d'imaginer que ces facteurs réagiront plus fortement dans une inflammation cardiaque aiguë à son début. Le repos local et général, étant un desideratum si important, on est souvent heureux de

PAGE NOT AVAILABLE

et sans se plaindre, oublie les meilleurs intérêts du patient, même s'il y a de la fièvre.

Ainsi chez des sujets très forts, d'apparence pléthorique, quand la figure est rouge foncé et turgescente, quand la respiration est laborieuse et difficile, quand le pouls est plein et fort et l'action cardiaque violente, le médecin homœopathe voyant une absence absolue de la crainte mentale et de l'anviété devrait de beaucoup préférr *Veratrum viride*.

Les yeux injectés de sang, la tête et la face brûlantes, turgescentes, la respiration pénible, le pouls plein et dur, et peut-être les tressaillements et le délire, sans anxiété, et agitation craintive, ou bien l'agitation des mouvements, représenteraient pour un homœopathe un état qui pourrait céder plus vite à *Veratrum* qu'à *Aconit*. La question de faire au mieux pour le malade est ainsi toujours au plus haut point dans l'esprit du praticien qui choisit ses remèdes suivant la loi de similitude.

J'aurais maintenant à envisager plusieurs autres remèdes, mais ces deux premiers suffiront à affirmer votre méthode de différencier ces médicaments qui nous sont spécialement suggérés par les phénomènes fébriles plutôt que par les conditions cardiaques locales des inflammations.

Il y a un certain nombre d'années le Dr Latham indiqua le premier la nécessité de considérer la survenance soudaine de la douleur dans la région du cœur, pendant la fièvre rhumatismale, comme un signe que le cœur était touché ou allait l'être bientôt. Si le cœur se met à battre rapidement ou avec violence, ou irrégulièrement, et si une douleur se produit, nous sommes amenés à examiner rapidement le cœur. D'ailleurs cet avis local n'est pas à négliger dans les états fébriles qui n'ont pas une nature si



évidemment rhumatismale ou cardiaque. Il y a beaucoup d'états fébriles ambigüs qu'on prouvera être des inflammations endocardiques, si l'on examine le cœur journellement. Des douleurs aiguës violentes, d'un caractère perçant dans la région du cœur, avec sensibilité distincte dans cette région, et un bruit de frottement ne nous diraient pas seulement que l'inflammation était péricardique; mais nous suggéreraient le moment propre de donner *Spigelia*. Ces douleurs perçantes ont beaucoup de tendance, à la fois en pratique, et dans la pathogénésie de *Spigelia*, à irradier dans le dos et dans le bras gauche et l'action du cœur est généralement tumultueuse et violente bien qu'il puisse, d'une façon incosntante, être régulier. Dans ce tableau, on ne voit pas la fièvre, ni l'anxiété d'esprit, ni l'agitation de *Aconit*. Cependant elles peuvent se présenter dans certains états d'un autre aspect demandant *Spigelia* ; dans le cas qui se montre à vous, elles sont éclipsées, éteintes, annulées par le grand fait de la violente douleur, de la violence de l'action cardiaque de la difficulté à respirer en se couchant la tête basse ou sur le côté gauche, avec aggravation par le mouvement même et surtout des bras. Ainsi nous reconnaissons cet état qui sera rapidement soulagé par *Spigelia*. Mais le sera-t-il ? Certainement, et bien plus le cours ultérieur de l'inflammation cardiaque sera abrégé et amélioré comme beaucoup de résultats tendent à nous le montrer. Il y a cinquante ans Jahr disait que *Spigelia* empêcherait l'ossification de toute partie du cœur, et que la douleur en était l'indication. Vous savez combien *Spigelia* a gagné en faveur dans l'angine de poitrine. Les états tels que ceux-là se présentent au médecin de bonne heure dans les inflammations cardiaques plutôt que tardivement à la période où

PAGE NOT AVAILABLE

saillants en dehors de la région immédiate du cœur, ou des phénomènes purement fébriles.

Si le temps le permettait j'aimerais mentionner un cas d'endocardite aiguë, associée à des mouvements choréiques marqués et à des troubles menstruels, pour lequel je vis mon collègue le Dr Yeager prescrire *Pulsatilla* avec le meilleur résultat. Mais je préfère mettre en lumière ce point par une note sur *Spongia tosta*, un remède très négligé dans la thérapeutique du cœur, selon moi. Dans les inflammations cardiaques, en présence d'un tableau constitué par presque la même crainte ou anxiété et l'appréhension nerveux qui feraient penser à *Aconit*, ayant une ressemblance avec les douleurs perçantes de *Spigelia*, et la compression de *Cactus*, on trouve parfois que tous ces éléments sont mis dans l'ombre par des paroxysmes d'anxiété suffocante et de violentes pulsations qui réveillent le malade après minuit. C'est une chose frappante à voir. Le malade doit s'asseoir ou se lever de son lit, il ne peut remuer un bras sans aggraver son angoisse, il est congestionné et paraît brûlant, sans beaucoup de fièvre, et il craint fort d'être sur le point de mourir.

Ici est la place de *Spongia* dans l'inflammation cardiaque aiguë, plus tard que le stade fébrile d'*Aconit*, vers la période de *Spigelia* ou de *Cactus*, ou empiétant sur la période où peuvent survenir les exsudations ou quand les transformations déformantes de l'endocarde commencent, comme le montre le son plus distinct du souffle d'endocardite. Aucun de ceux qui ont donné *Spongia* avec persistance ne peut douter qu'il ne fasse plus que de soulager les symptômes. Il améliore les lésions pathologiques.

Nous approchons maintenant beaucoup du tableau qui suggère *Arsenicum album*. Nous savons tous que *Arseni-*



cum s'applique aux états avancés ou développés plutôt qu'à leur début. Il répond à une inflammation cardiaque qui a amené un trouble organique, une ulcération de l'endocarde, un épanchement dans la séreuse. Nous trouvons son cas marqué par de nombreux signes de gravité, de danger pour la vie. On a souvent dit de *Arsénicum album* qu'il est surtout utile dans l'inflammation péricardique après que l'épanchement s'est produit et qu'il est arrivé à une extension considérable. S'il fait peu ou est rarement à employer dans la période de début où la fièvre est rampante, ce doit être simplement que dans ces circonstances on n'a pas le tableau qui indique *Arsenic*. Il est arrivé à beaucoup d'entre nous de voir que *Arsenic* agit très bien dans ces cas qui, en dépit de *Aconit* ou *Spigelia* ou peut-être *Bryonia* ont cependant progressé jusqu'à l'épanchement ou même l'envahissement du muscle cardiaque lui-même. La prostration est marquée et souvent extrême, le pouls est petit et faible, la contenance déprimée, les extrémités froides, le patient est agité et plus qu'anxieux en dépit de sa faiblesse physique. Je pense que personne ayant vu la peinture d'oppression agonisante et de désir fou de respirer, de remuer, de changer de toute façon, puisse jamais manquer de la reconnaître, quoique sa description verbale ne soit pas si facile. Je pense que *Arsenicum* devra pafoirs laisser place à un médicament comme *Cantharis* avec lequel j'ai eu moi-même deux brillants succès dans des épanchements péricardiques extrêmes. Maintenant, quand vous arrivez à y penser, il y a beaucoup dans le tableau de *Cantharis* qui suggère une certaine ressemblance avec *Arsenicum*; l'état extrême de dépression dépeint dans son attitude, la grande soif avec aversion pour l'eau froide, l'amélioration par la chaleur,

le type brûlant de la douleur et le tableau de grande compression produite par l'extension de l'épanchement, ne sont pas après tout si différents dans ces remèdes; et nous avons pour notre choix de *Cantharis* bien plus à rapporter la similitude du remède à la peinture de la maladie que ne le montrerait l'expression si souvent répétée, que *Cantharis* est choisi dans les grands épanchements péricardiques à cause de son pouvoir merveilleux de provoquer l'absorption des épanchements pleuraux qui vont en augmentant, quand il est administré intérieurement et appliqué extérieurement.

Maintenant, si nous avions le temps, nous pourrions montrer que *Arsenicum* doit quelquefois céder la place à d'autres remèdes tels que *Lachesis* ou d'autres venins de serpents si le tableau prend l'allure de ce qu'on peut appeler les états septiques. Cela peut se trouver habituellement dans les types ulcéreux d'endocardite.

Où ce que vous appelez les toniques et stimulants physiologiques du cœur entrent-ils en jeu dans le tableau de l'inflammation aiguë du cœur que nous avons ainsi esquissé ? C'est étrange, mais ces remèdes physiologiques ne viennent pas souvent dans ces circonstances à l'esprit du médecin allopathe, comme à ceux de notre école. Ils n'ont pas leur place ici, ou ils n'ont qu'une sphère d'utilité insignifiante et incertaine. L'échec ou l'inefficacité de nos remèdes suggéreraient la nécessité d'une paracentèse ou de quelque autre mesure chirurgicale. Si les remèdes choisis selon la loi de similitude échouent, rien n'indique qu'un médicament choisi autrement agirait meux.

Dans les lésions cardiaques dégénératives, et tout médecin en a certainement une série, je veux dire l'artériosclérose, le cœur gras, et les divers types de myocardite



chronique, on hésite souvent à prescrire les stimulants physiologiques ordinaires du cœur. C'est surtout le cas lorsqu'on a observé plusieurs morts subites survenues pendant que les malades prenaient ces remèdes. Toutes les morts subites ne peuvent être attribuées à l'action néfaste du médicament, mais cependant cette relation vient souvent à l'esprit.

Je crois réellement que nous pouvons proclamer qu'un remède choisi suivant la loi de similitude et non dans le but défini de renforcer la systole cardiaque sera la meilleure prescription pour ces cas.

Aussi longtemps qu'un cœur dégénéré semble capable de maintenir la circulation et qu'il n'y a pas de signes évidents de défaillance de la circulation, nous devrions laisser le cœur absolument tranquille. Les soins généraux du corps par la diététique, le massage, les mesures hygiéniques et un exercice réglé soigneusement devraient occuper toute notre attention, car le cœur participera à l'amélioration générale, du moins jusqu'à un certain degré. Laissez-moi vous en donner un exemple.

Un médecin de 75 ans, pratiquant activement, ne se trouve plus capable de suffire à son travail parce qu'il est essoufflé, souffre de douleurs rétrosternales et d'insomnie. Il y a un peu d'œdème et des cylindres hyalins dans une urine rare. Le fait est qu'il a une sclérose énorme de toutes les branches artérielles visibles. Cet homme, à la nuit des paroxysmes pendant lesquels tous les vaisseaux semblent distendus à en éclater; le pouls frappe dans la tête et est entendu dans les deux oreilles; la tension monte effroyablement, un copieux saignement de nez survient et se répète plusieurs fois, l'amenant à un degré marqué d'anémie. A la vérité, il y a un point d'atrophie dans le

nez qui rend compte de l'effraction vasculaire à cet endroit, mais on hésite à arrêter trop vite cette hémorrhagie, réservant l'application locale d'adrénaline jusqu'à ce que se soit produit un notable abaissement de la tension.

Mais ces attaques reviennent constamment, surtout la nuit. La *Glonoïn* est le remède indiqué suivant la loi de similitude, non pas physiologiqfiuement, mais homœopathiquement à ce cas. Je vis *Glonoïn* 7e X arrêter ces attaques, et au bout d'un mois, le malade put retourner à ses occupations. Des cas semblables seront guéris par un médicament comme *Aurum metal.* ou *muriat.* Mais ce remède aussi n'est indiqué par aucune autre raison que parce qu'il est identique à tout le tableau morbide. C'est un remède qui peut très souvent être donné pour ce type de dégénérescence du cœur et du système artériel.

Considérez que *Aurum* est un des quelques remèdes qui érodent profondément la muqueuse nasale et les tissus sous-jacents, que *Aurum* a plus que d'autres remèdes produit cette douleur écrasante derrière le sternum qui est si commune quand un malade au cœur et aux artères dégénérés fait un exercice même petit, que *Aurum* a ses pires aggravations la nuit, dans tous les sens, qu'il produit d'étranges attaques inexplicables de dyspnée effrayante qui surviennent soudain pour les plus légers motifs, et que le sang afflue à la tête avec de violentes palpitations, que *Aurum* peut avoir après de tels accès le pouls faible, petit, irrégulier. *Aurum* produit le désespoir mélancolique qu'un tel malade éprouve, à la pensée qu'il ne peut plus rien faire, mais qu'il doit abandonner tous ses intérêts et tout ce qui l'occupe et qu'il aime. Le médecin qui prendra toutes ces choses en considération dans un cas semblable, et qui ne donne pas de la *Digitale* mitigée de *Nitroglycé-*



rine ou de *Cactus* ou de *Strophantus*, mais qui choisit un remède tel que *Aurum*, est le médecin vraiment scientifique. Ce n'est pas un empiriste bousilleux. Il a des fondements raisonnables de son action.

Prenez un autre homme atteint de myocardite chronique (jamais vous ne pourrez savoir avec certitude quel est le type du processus dégénératif), mais cet homme en dépit du régime et des soins s'émacie visiblement et perd son tonus musculaire, devient maigre et a un aspect épuisé. Et, par son pouls faible, filiforme, accéléré au moindre mouvement, par l'absence de dilatation ou de souffles appréciables, vous voyez qu'il a une lésion cardiaque dégénérative chronique. Votre diagnostic est fortifié par la survenance d'attaques douloureuses de compression dans la région du cœur. Il semble qu'il soit serré par un lien de fer, et cette attaque est suivie d'une grande faiblesse et d'une sensation de défaillance dans la région atteinte de cette douleur. Il semble que notre diagnostic soit correct. Mais cet homme n'est pas toujours traité pour le mieux, par cinq gouttes de teinture de *Cactus* trois fois par jour continuées indéfiniment comme la meilleure chose.

Ce cas sera bien plus amélioré par l'*Iode* et vous pouvez facilement expérimenter que c'est la vérité. Cependant nous ne connaissons pas l'*Iode* et nous pensons que nous savons ce que nous faisons en donnant notre *Cactus* de la manière empirique que je viens d'indiquer. Ce n'est pas un problème simple comme de renforcer la systole cardiaque que nous avons.

Celui qui donne l'*Iodure d'arsenic* pour ce cas a de bien meilleures bases pour sa prescription que s'il donnait *Cactus*. J'ai vu un cas qu'un médecin de la campagne avait traité, une femme de 70 ans avec néphrite chronique, une

dégénérescence myocardique très marquée avec souffles aortiques et mitral, prostration, pâleur, faiblesse, et un pouls presque imperceptible. Ce sage docteur mit sa malade au lit, lui donna des reconstituants sanguins, et pour sa perte d'appétit de l'*Arseniate de quinine*, et quand l'appétit revint, il la nourrit. N'est-ce pas un bon traitement, et beaucoup meilleur qu'aucun médicament dirigé vers le cœur. Ces derniers ne pouvaient manquer d'être nuisibles. C'est un exemple des plus intéressants, et nous pourrions passer outre et ne pas l'épuiser. Mais la loi de similitude resterait notre meilleur guide pour le choix d'un médicament.

La séquelle la plus commune d'une inflammation endocardique aiguë est, on le sait, une lésion à l'intérieur du cœur. Le délicat mécanisme des valvules est dérangé et l'eafficacité de l'organe comme pompe distribuant le sang est matériellement amoindrie. Ordinairement ces altérations valvulaires se font avec lenteur et régularité, ce qui permet à la nature de compenser le reflux ou le rétrécissement en augmentant la couche musculeuse du cœur atteint. L'hypertrophie cardiaque, que nous trouvons si généralement en association avec les anomalies valvulaires, n'est donc pas une maladie, mais plutôt tout l'opposé. Sûrement ce qu'on appelle les médicaments cardiaques n'ont aucune place dans le tableau de ce que nous appelons l'hypertrophie compensatrice bien développée. Si un remède interne est administré dans ces circonstances, ce doit être un remède qui ne troublera pas le nouvel ordre de choses. Ces patients peuvent devenir malades pour des causes indépendantes du cœur et dans ces circonstances, ni le souffle cardiaque, ni le fort battement du cœur ne doivent être considérés comme des parties du tableau mor-

bide. C'est notre devoir ici de faire un diagnostic soigneux et d'appliquer, selon la loi de similitude, le remède interne qui correspond à la maladie. Ce remède ne doit pas troubler l'équilibre cardiaque établi. Comme le dit un auteur éminent, la simple présence d'une lésion valvulaire n'indique jamais un traitement médicamenteux.

Mais c'est différent quand l'hypertrophie cardiaque survient soudainement, ou se développe par suite d'un exercice violent, d'une excitation mentale prolongée, d'excès alcooliques, ou d'une des nombreuses névroses cardiaques qui causent soit une suractivité persistante, soit des paroxysmes de tachycardie.

Ici nous avons besoin de remèdes internes, car l'hypertrophie est une maladie, et qui progresserait certainement jusqu'à donner des états du cœur bien plus sérieux.

La beauté des remèdes choisis suivant la loi de similitude est qu'ils prennent en considération non seulement tout le tableau morbide, mais en plus la facteur étiologique. Et si celui-ci est encore puissant et actif, ils gagnent en efficacité.

Quand nous administrons *Rhus tox.* ou *Arnica* non seulement en raison du tableau complet de l'épuisement physique présenté, mais aussi de la cause qui a produit l'hypertrophie soudaine (relativement soudaine) nous faisons ce qu'on peut faire de mieux pour le soulagement du malade.

Quand nous donnons *Ignatia* pour les conséquences des tracas, de l'excitation, ou du chagrin se traduisant par de constantes palpitations qui ont produit de l'hypertrophie, nous faisons un choix judicieux.

Ou quand nous perscrivons notre *Natrum mur.*, pour un cas semblable qui a été nettement dû à une mélancolie plus profonde avec pleurs et tristesse et palpitations

anxieuses tout à fait persistantes, nous faisons plus que de calmer momentanément un cœur trop actif.

Prenons comme exemple de névrose commune, apte à se terminer par une hypertrophie, ce que nous appelons les palpitations hystériques. *Moschus* se présente à nous avec une très bonne description du tempérament et de la constitution du malade.

Il y a une absence de cet équilibre du système nerveux si nécesaire pour que nous puissions, pauvres humains, supporter les chocs variés et les vicissitudes de la vie de chaque jour.

Une circonstance un peu contraire tend à déranger une telle malade de son équilibre, de telle sorte qu'elle perd le contrôle d'elle-même, se fâche, furieuse, et n'écoute pas les raisonnements et les arguments jusqu'au moment où elle défaille et perd connaissance. Pendant un tel accès, le pauvre cœur est très précipité. Ou bien cette femme souffre d'un choc exagéré à la plus petite cause d'irritation. Une circonstance ordinaire produit de violentes palpitations et une défaillance, ou bien une forte excitation cérébrale pendant laquelle elle peut rire ou crier, ou être effrayée, ou perdre connaissance; et on ne sait pas ce qu'elle va faire, mais le cœur, certainement, bat à grands coups. Le sommeil, qui est si essentiel dans ces cas, devient impossible. Tout va contre la malade. Elle a des désirs sexuels, mais le coït la fait vomir et se trouver mal et la laisse épuisée et au lit le lendemain.

Elle a un devoir social ,à remplir, le soir, mais son dîner tourne en gaz, ou du moins il le lui semble, car elle est distendue à éclater, avec des vents incarcérés et elle passe sa soirée à lutter là-contre, pendant qu'il lui semble qu'elle va suffoquer et mourir.



Quand nous reconnaissons de tels états et que nous donnons un remède comme *Moschus*, nous faisons plus pour le présent immédiat et le futur de notre malade que si nous lui faisions une injection hypodermique ou si nous lui administrions assez de *Digitale* pour rendre son cœur tranquille, ou même de la *Digitale* mêlée *d'Aconit* ou de *Belladone*, de telle sorte que nous calmons son cœur sans tant intoxiquer la malade.

C'est cependant dans ces états cliniques caractérisés par la dilatation, l'insuffisance cardiaque, l'asthme cardiaque et l'hydropisie qu'il est le plus difficile pour le médecin de voir clairement sa voie et de reconnaître par dessous tous ces signes comment ce problème complexe sera résolu le mieux.

C'est là qu'on voit échouer les remèdes apparemment les mieux indiqués. C'est là que nous médecins homœopathes perdons la piste et nous mettons à courir après les toniques et les stimulants cardiaques et les remèdes agissant physiologiquement, dans l'espoir que ces mesures seront plus efficaces que les remèdes choisis suivant la loi de similitude. Nous oublions que ces mêmes mesures donnent un désappointement constant à ceux qui les emploient habituellement.

Ces problèmes sont terriblement complexes. Si c'était une simple question de renforcement de la systole cardiaque, la tâche serait simple. Mais malheureusement nous voyons rarement un cas de maladie cardiaque avancée une dilatation avec lésion valvulaire et hydropisie qui est simplement cela et rien de plus. Les reins sont malades et insuffisants, le foie est congestionné le système porte est engorgé, l'estomac irritable ou enflammé, les poumons ont de la congestion hypostatique ou pire encore, et c'est



la complication si terrible des éléments morbides qui rend le tableau si difficile.

On nous dit que ce tableau complexe est dû à la faiblesse et à l'insuffisance du cœur et nous essayons de renforcer le cœur dans l'espoir que tout l'état morbide disparaîtra quand cela aura été fait.

La faiblesse cardiaque peut avoir été le facteur étiologique, mais maintenant c'est seulement un des nombreux facteurs. Nous sommes en face des derniers anneaux d'une chaîne vicieuse de lésions progressives et nous trouvons difficile de revenir en arrière, et plus que jamais si nous nous proposons de revenir au début au facteur étiologique initial. Beaucoup de ces états sont sans espoir à tous les points de vue. Il est équitable pour notre malade d'essayer de faire de notre mieux, de quelque façon que ce soit.

Maintenant, parlant pour moi seul, je pense que l'inefficacité de mon traitement dans ces états cardiaques avancés avec leurs troubles concomitants dans d'autres organes vient pour la plus grande part de la connaissance limitée que j'ai des médicaments. Je ne connais pas assez les remèdes, pas assez bien, pour les appliquer d'une façon appropriée à cette classe de cas. La preuve en est le fait indubitable que parfois, arrivant à donner le remède qui est étroitement indiqué par la loi de similitude, j'obtiens des résultats merveilleux, et non seulement des phénomènes immédiatement critiques ou inquiétants disparaissent, mais il semble y avoir une amélioration permanente dans toute la chaîne de lésions morbides. Je suis amené à l'occasion au remède efficace par certains symptômes qu'on pourrait appeler symptômes caractéristiques comme exemple desquels on pourrait mentionner l'asso-



ciation des palpitations ou de la tachycardie ou même d'une action faible, irrégulière quoique rapide avec de la flatulence qui de certaines manières semble causer ou aggraver les symptômes. Ce sont de bonnes raisons d'essayer d'appliquer *Lycopus*, selon mon expérience .

Mais en général nous n'avons pas de caractéristiques assez distinctes. Toutes nos données semblent consister dans les symptômes et les signes pathognomoniques des lésions.et un groupe de symptômes communs comme nous en trouvons souvent associés à chacun des différents états cardiaques. Il n'y l pas moyen de sortir de ce dilemme sauf le recours au répertoire.

C'est précisément le type d'un cas cardiaque dans lequel on essaye deux ou trois remèdes comme *Digitalis* ou *Cactus* ou Cratœgus, et, trouvant qu'ils ne donnent pas satisfaction, on donne hardiment l'infusion de *Digitale*, associée à de la *Diurétine* ou des doses physiologiques de *Stophantus* ou de quelque autre stimulant cardiaque, en se reconfortant soi-même, en se disant que de toute façon rien ne peut faire beaucoup de bien. Le fait qu'un semblable malade est souvent accéléré vers sa perte par les médicaments physiologiques doit être pris en considération par tout médecin de bonne foi. Un tel malade soulagé par un remède agissant d'après la loi de similitude aura un plus long bail de vie et une plus longue période de rémission des symptômes critiques. Tout au moins mon expérience me le fait penser.

Nous n'avons pas une certitude absolue que *Apis* peut produire des lésions du cœur comme celles que nous considérons, cependant nous connaissons son opression, ses palpitations, son pouls faible et irrégulièr et même son absence de pouls et nous savons qu'il peut produire beau-

coup des symptômes qui accompagnent la dilatation ou la dégénérescence cardiaque. Le D[r] Weaver fut appelé une nuit à l'hôpital pour voir un homme qu'on supposait près de mourir. Il était atteint de dilatation avec anasarque généralisé et les médicaments avaient été inefficaces. Cette nuit il menaçait de suffoquer et le D[r] Weaver constata qu'un œdème aigü s'était développé dans la trachée et la gorge, de telle sorte que toutes les parties visibles étaient fort gonflées. Il dit au médecin résident : Pourquoi ne lui donnez-vous pas *Apis* ? *Apis*, répondit le résident, et comment le lui donneriez-vous ? — A la première décimale. L'homme ne mourut pas, mais fut renvoyé chez lui débarrassé de tous les symptômes morbides.

Notre incrédulité pour les vertus des remèdes comme *Apis* dans les états cardiaques aussi sévères, et notre indifférence pour la véritable cause de l'augmentation de la dyspnée, comme l'œdème, nous fait souvent manquer le remède. Si le résident avait simplement conjecturé que les symptômes de suffocation montraient que la fin était proche, et avait simplement augmenté sa dose de *Digitale* et donné quelque chose pour amortir la souffrance, les suites auraient été différentes.

Je mentionne ces détails parce qu'ils touchent un point d'intérêt vital. Soyez sûrs que vous savez exactement ce qui fait que votre cardiaque décline si rapidement, avant de vous tenir pour assurés qu'on a fait tout ce qui pouvait être fait.

Chez les enfants enflés à en éclater avec accumulations d'anasargue généralisées, incapables de rester couchés ou de respirer assis, dont les reins sont presque inactifs, avec un pouls faible et irrégulier, j'ai vu tous ces symptômes se dissiper et l'enfant se lever et vivre des années

après l'administration du fer dans l'abstention de ce qu'on appelle des médicaments cardiaques.

Le fer devient un médicament cardiaque si les lésions cardiaques deviennent plus puissantes comme agents de destruction en raison de l'intensité de l'anémie. Nous ne pouvons guérir les lésions cardiaques, mais nous pouvons les rendre moins destructives si nous améliorons l'état sanguin. C'est un remède choisi suivant la loi de similitude Il produit l'anémie et toutes ses conséquences s'ensuivent régulièrement.

Si un état d'hydropisie, d'asciet et d'anasarque est trop intense pour empêcher nos remèdes d'avoir actuellement de l'effet, aolrs il est indiqué d'évacuer le liquide par des ponctions répétées et des tubes de drainage, non pas par des médicaments physiologiques qui épuisent le malade par l'effort qu'ils imposent aux fonctions éliminatoires.

Nous oublions qu'un muscle cardiaque ne peut pas être, en règle générale, plus fort que la musculature générale du corps, de sorte que nous oublions le massage et les mouvements passifs quand nous interdisons au cardiaque de se livrer à des exercices musculaires. Ainsi nous omettons la chose qui peut faire ce que nous souhaitons pour lui, de fortifier son muscle et de lui conserver sa force. Nous lui donnons des médicaments et nous le nourrissons, mais nous le faisons rester assis ou couché, le laissant dégénérer au point de vue musculaire. En prévision de l'échec presque constant ou du moins des résultats insuffisants de la classe de remèdes appelés médicaments cardiaques dans les cas avancés des maladies du cœur, il me semble que nous pourrions avec avantage étendre nos connaissances en étudiant particulièrement d'autres remèdes moins connus ayant dans leurs tableaux pathogéné-

tiques des effets ressemblant aux symptômes les plus communs des cardiopathies avancées. C'est mon opinion que le temps ainsi dépensé augmenterait notre champ d'observation sur ce terrible groupe d'états cardiaques avancés et progressifs.

Il y a certaines choses qu'on devrait considérer quand on emploie des médicaments à action physiologique dans les cardiopathies avancées, et je peux en prendre un exemple par le cas de la *Digitale*. Vous rappelez-vous toujours que la *Digitale* n'améliore pas le tonus nerveux ou la force nerveuse du corps, que, tandis qu'elle agit directement sur le muscle cardiaque et augmente très rapidement le pouvoir cardiaque, elle n'est pas un tonique et n'agit pas comme remède nutritif? A fortes doses elle diminue les processus nutritifs. Si vous la donnez quand le cœur est en lutte violente et continue, elle peut causer le collapsus. C'est un irritant gastrique, elle cause de la diarrhée et peut-être de la diarrhée par irritation. Elle augmente l'évacuation du liquide par les reins, mais elle n'augmente pas les vraies fonctions excrétoires, et peut même si la dose est longtemps continuée causer la suppression même de la partie aqueuse de l'urine.

Elle a son meilleur effet quand nous avons besoin d'un remède rapide dans la faiblesse cardiaque soudaine dans une maladie fébrile comme la pneumonie. Mais même ici ses effets doivent être recherchés avec soin.

Quand nous l'employons dans les lésions valvulaires avec insuffisance croissante du cœur, nous obtenons ses meilleurs effets dans les premiers stades de l'insuffisance. Vous savez tous combien son action est incertaine plus tard.

Dr P. TESSIER.



MATIERE MEDICALE ET THERAPEUTIQUE

Applications médicales du radium

Action du radium sur le tissu nerveux et traitement des maladies nerveuses

Le Dr Touchard, chef de clinique des maladies nerveuses à la Salpêtrière, a fait une conférence sur ce sujet.

Il la divise en trois paragraphes :

1° État de nos connaissances sur les effets du radium sur le système nerveux normal ;

2° Modifications physiologiques que les applications du radium font subir au système nerveux ;

3° Applications de la radiumthérapie aux affections organiques du système nerveux.

Les deux premiers paragraphes peuvent servir à la pathogénésie du radium.

I. — *Effets du radium sur le tissu nerveux normal.*

Expérimentation de Danysz (Compte Rendu de l'Académie des Sciences, 1903). — Il expérimenta sur des souris, des cobayes et des lapins.

Il introduisait un tube de verre, sous la peau du dos, contre le rachis des animaux en expérience. Les tubes contenaient 1 centigramme de bromure de radium.

Le résultat fut le suivant :

Tous les animaux moururent plus ou moins rapidement. Ils présentèrent généralement des phénomènes soit de pa-

résie des membres inférieurs, soit d'ataxie, soit de convulsions.

Les souris moururent plus rapidement que les autres espèces animales en expérience.

Les animaux jeunes moururent plus rapidement que les vieux.

L'examen histologique des organes nerveux montra des lésions surtout vasculaires.

Les capillaires étaient rompus par places et déterminaient des hémorrhagies plus ou moins diffuses. Les éléments nerveux étaient comme « noyés dans le sang », mais on ne constata *pas d'altération de ces éléments.*

Certains animaux ont résisté plus longtemps. Ceux-là n'ont pas présenté de lésions hémorrhagiques. Ils sont morts cependant.

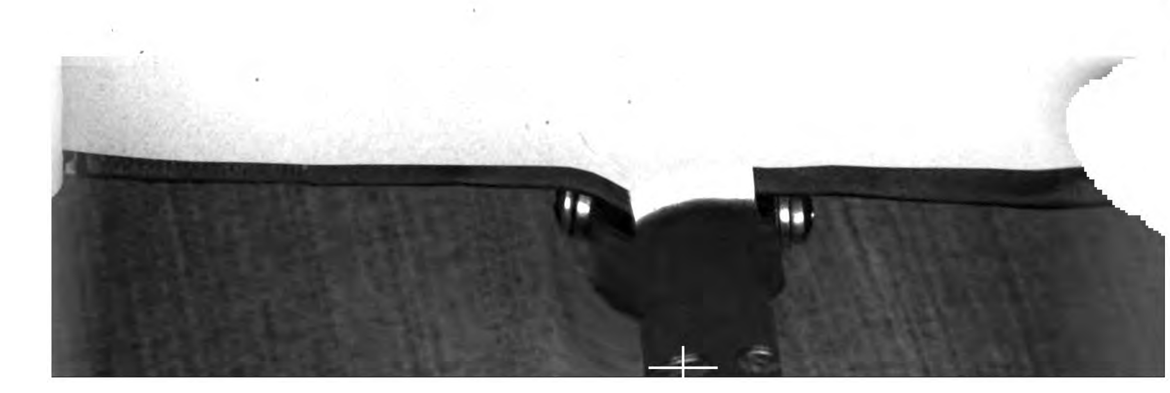
Peut-être dans ces cas, la mort était-elle due à une action directe sur la cellule nerveuse, par une sorte d'inhibition pouvant entraîner la mort fonctionnelle de cet élément histologique.

Expérience de Scholz (1904). — Il n'employa que 25 milligrammes seulement de radium. Il opéra sur des souris et de jeunes lapins.

Sur 10 souris, il fit des applications de radium à 3 centimètres du sommet de la tête pendant un temps variant de 30 à 50 heures.

Il observa de la fatigue, de la dénutrition des animaux en expériences et vit survenir la mort en 3 ou 4 jours. Là encore l'autopsie montrait de l'injection des vaisseaux méningés et parfois de véritables hémorrhagies.

Chez 5 *lapereaux*, le résultat fut presque identique. On vit se manifester, au bout de 3-4 jours, de la fatigue, des



phénomènes de dénutrition; les réflexes devinrent paresseux. Lorsque la mort survint, elle était généralement précédée de paralysie.

Il est à remarquer, toutefois, que quelques-uns de ces animaux ne présentèrent pas de phénomènes particuliers et survécurent fort bien à l'expérience.

Expériences d'Obersteiner. (*Wiener Kliniche Wochenschrift*, 1904). — Il choisit également la souris comme animal d'expériences. Ces animaux étaient immobilisés dans une boîte, sorte de petite cage au sommet de laquelle était pratiquée une ouverture correspondant au sommet de la tête de l'animal. Sur cette ouverture était fixée une quantité de bromure de radium variant de 10 à 50 milligrammes. La durée d'application varia de 24 à 96 heures.

On observa, à la suite, soit des paralysies : faiblesse musculaire diffuse, monoplégies, paralysies, paralysie ascendante de Landry, dans un cas.

Soit des phénomènes d'excitation : convulsions toniques, jamais de convulsions cloniques, d'ailleurs

A l'autopsie qui fut pratiquée, on constata de l'hypérémie méningée, de l'hypérémie de l'encéphale et de la moëlle, des hémorrhagies punctiformes du cerveau et de la moëlle.

Mais à côté de ces lésions. Obersteiner ne constata aucune altération proprement dite des éléments nerveux (cellules ou fibres), nettement imputables à l'action du radium. Il constata bien dans les cellules nerveuses de la moelle un peu de chromatolyse ; l'état muriforme du noyau des cellules ; quelques corps granuleux dans la substance blan-

che ; enfin, de la dégénérescence graisseuse de l'endothélium des capillaires.

Mais ces lésions des éléments nerveux lui parurent si minimes qu'il ne put admettre que le mécanisme de la mort leur fût attribuable. Il pensa donc que les différents phénomènes observés, y compris la mort, étaient dus à un trouble plus général de la circulation et de la nutrition.

M. Touchard, à propos de ces expériences, fait plusieurs remarques : d'abord la dose de 50 milligr. pour une souris de 20 à 30 gr. est énorme et correspondrait à 100 grammes de radium pour un homme de 60 kilogr.; la durée de l'application est aussi considérable. L'espèce souris a peut-être une susceptibilité particulière puisque M. Darier a constaté que, pour obtenir, à doses égales, chez le cobaye des résultats identiques à ceux obtenus, chez les souris, il faut trépaner le crâne et la colonne vertébrale. Il faut aussi tenir compte dans les causes de la mort de l'action irritante sur la peau de certains rayons.

Expériences de MM. Alquier et Faure-Beaulieu (*Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, avril 1909). — Les expériences ont porté sur le lapin adulte, l'animal étant laissé en liberté dans sa cage. Dans deux expériences, l'appareil contenant 25 milligrammes de radium fut fixé sur le sommet du crâne et laissé en place 60 heures consécutives; l'activité était de 500.000. Dans une autre expérience, le même appareil fut appliqué contre le rachis, pendant 130 heures.

Les appareils étaient munis d'écrans de plomb ne laissant passer que les rayons ultra-pénétrants. Les animaux furent mis à mort respectivement: 9 jours, 50 jours, et 32 jours après la fin de l'application.



Les *résultats* furent les suivants : cliniquement, aucun trouble de la santé générale ni du fonctionnement du système nerveux. Les animaux résistèrent fort bien et nous avons dit qu'on fut obligé de les sacrifier pour faire les vérifications anatomiques. Celles-ci montrèrent des hémorrhagies très minimes, visibles seulement au microscope, entre la pie-mère et le cerveau, et à l'intérieur de la substance blanche et de la substance grise.

Dans la moëlle (130 heures), existaient des hémorrhagies tellement minimes, qu'elles ne dépassaient pas le diamètre d'une grande cellule des cornes antérieures. La névroglie était intacte.

Ces expérimentateurs, particulièrement compétents en technique neurologique, ont employé les méthodes de Marchi, de l'hématéine-éosine, de Nissl, de Ramon y Cajal, et n'ont constaté aucune lésion apparente des cellules ou des fibres nerveuses.

Dans une quatrième expérience de contrôle, la dose fut augmentée ; 40 milligrammes de bromure de radium. L'on constata encore des hémorrhagies, plus considérables que dans les cas précédents, mais pas d'autres lésions. Enfin, ici encore on n'observa aucun accident clinique.

MM. Dominici et Barcat ont constaté sur les filets nerveux du derme et de l'hypoderme exposés au radium une certaine hypertrophie des noyaux des cellules de la gaîne lamelleuse des nerfs.

M. London observa de la névrite optique et de la rétinite chez un lapin exposé trois mois à l'action du bromure de radium pur.



II. — *Effets du radium sur le fonctionnement physiologique du système nerveux.*

Expériences de M. Takhanoff. — Il fit agir 10 milligr. de bromure de radium pendant 1/4 d'heure à 1/2 heure, à 2 ou 3 millimètres de distance d'un muscle de grenouille.

Il n'observa pas de modifications dans la réaction électrique du muscle avant, pendant et après l'exposition aux radiations.

Cet auteur rechercha également si le radium avait une action sur la réflectivité.

Il mit une moelle de grenouille à nu ; l'irradia par le radium et constata que le réflexe à l'acide (Turck), était normal.

Donc, le radium, malgré sa propriété de modifier la conductibilité électrique, ne semble pas exercer d'action sur la conductibilité nerveuse ni troubler le fonctionnement normal du système nerveux.

Action anesthésique. — Un certain nombre de médecins ont signalé une action marquée des applications de radium contre le symptôme *douleur*. Dans l'épithélioma térébrant de l'orbite, l'irido-cyclite, l'iritis aiguë, la goutte, la cystite, le panaris (Darier) ; névralgie orbitaire durant depuis six mois, guérie par des applications de 2 à 6 heures par jour ; douleurs fulgurantes (Darier, Foveau de Courmelles) ; sciatiques, zona (Wickham) ; cystites, névralgies intercostales, sciatiques (Dominici); névralgies faciales (Bongiovanni).

Des expériences de M. Beck (*Bull. de l'Académie des Sciences de Cracovie*, mars 1905) ont montré que sur 13 lapins, soumis à des applications d'un appareil à sels col-



lés le long du sciatique, pendant 30 minutes à 3 heures, 8 présentèrent de l'anesthésie et de l'analgésie dans le domaine du sciatique.

III. — *Effets du radium sur les affections organiques du système nerveux.*

M. Touchard a essayé les applications de radium dans le traitement de la *syringomyélie* affection dans laquelle les rayons X avaient donné quelques améliorations.

Il rapporte quatre observations avec quatre améliorations.

Voici comment il s'exprime en terminant :

En somme, chez tous ces malades, ce que nous avons d'abord constaté, c'est un retour rapide de la force, et surtout une souplesse plus grande de tous les mouvements, c'est ce qui a frappé également, tout d'abord, les malades eux-mêmes. Puis, une action rapide sur les troubles trophiques cutanés. C'est, d'ailleurs, ce que l'on a remarqué lorsqu'on a appliqué les rayons X dans la syringomyélie. Les effets sont beaucoup moins marqués sur les troubles sensitifs. Si toutes les zones d'hypoesthésie ont regressé, celles où l'analgésie était complète n'ont guère été modifiées et la thermoanesthésie fut à peine influencée par le traitement.

Ce ne sont là que des recherches de traitement, il faut attendre les résultats ultérieurs tant dans le traitement de la syringomyélie, que dans celui des autres affections médullaires.



APPLICATION DES BOUES RADIO-ACTIVES EN THÉRAPEUTIQUE.

Dans la conférence du 7 juillet, le Dr Oct. Claude, chef de clinique adjoint à l'hôpital St-Louis, s'est occupé d'un nouvel agent thérapeutique, les boues radio-actives et de leurs applications au traitement de quelques maladies.

Nature et caractères des boues.

Les boues radio-actives sont formées de résidus de minerais d'urane : elles ont une coloration brun-rougeâtre due aux sels de fer qu'elles contiennent : elles se présentent sous l'aspect d'une pâte humide pouvant s'étendre facilement.

Elles contiennent du fer sous forme d'oxyde ou combiné à l'acide phosphorique et de l'alumine ; en outre un peu d'oxyde d'urane, d'oxyde de manganèse, de carbonate et de sulfate de soude, du carbonate de chaux, de l'argile, etc.

Elles renferment diverses substances radio-actives : le radium en traces très légères, que M. Claude considère comme absolument négligeables, le pollonium, simples traces qui se désintègrent très rapidement ; enfin l'actinium qui donnerait à ces boues leur radio-activité.

M. Claude a comparé les boues radio-actives, avec les boues thermales, qui ont été aussi considérées comme radio-actives. Les boues thermales le sont à un degré très inférieur et il semble qu'elles perdent leur radio-activité lorsqu'elles sont transportées.

Application thérapeutiques des boues radio-actives.

I. *Rhumatisme chronique déformant.* — En collaboration avec M. H. Français, M. Claude a traité 13 cas de rhumatisme déformant dans le service du prof. Raymond.



Les 13 malades étaient atteintes de formes anciennes, avancées et rebelles aux traitements antérieurs. Le traitement a consisté en bains généraux; nous en donnerons plus loin le mode opératoire. Sur ces 13 malades, une seule atteinte de spondylose a dû cesser le traitement à cause de son état de faiblesse.

Les 12 autres ont éprouvé une amélioration réelle qui est d'ordre général et d'ordre local.

Au point de vue général : diminution de la douleur, augmentation de la force et de la souplesse.

Au point de vue local : dégonflement et mobilisation des articulations.

II. *Rhumatisme gonococcique.* — M. Alex. Renault a déjà employé les applications directes et permanentes des boues radio-actives dans le traitement de la tarsalgie et de la talalgie blennorrhagique, ordinairement si tenace.

Quelques malades ont été guéris avec une rapidité surprenante (1 à 3 jours) ; d'autres cas ont absolument résisté.

M. Claude rapporte quatre observations d'arthrites blennorrhagiques assez rapidement améliorées et guéries par des applications directes de boues. C'est dans ces arthrites gonococciques que les résultats des applications de boues paraissent les meilleurs.

III. *Action des boues dans diverses affections articulaires.* — M. Claude rapporte successivement l'action des boues dans les cas suivants : favorable chez un hémophile qui était atteint d'arthrites hémophiliques ankylosantes ; chez un colonial atteint de rhumatisme polyarticulaire paludéen ;



Peu de succès, dans quelques cas de rhumatisme articulaire aigu, où le salicylate paraissait inactif ;

Très favorable dans la goutte articulaire aiguë, surtout dans une crise pseudo-rhumatismale très intense.

Les recherches commencées dans la tuberculose articulaire sont trop récentes pour donner un résultat.

IV. *Affections du système nerveux.* — Dans un cas de *tabès supérieur*, insuccès complet.

Dans plusieurs cas de *sciatique*, guérison ; une observation très concluante du service du Dr Launois (applications de boues pendant trois heures sur toute la jambe).

Dans un cas de *polynévrite* avec atrophie des membres inférieurs et crises douloureuses très fortes, les bains ont amené une amélioration considérable du symptôme douleur.

De même, dans un cas de *névralgie fémoro-cutanée*, les emplâtres ont beaucoup amélioré le malade.

Dans un cas de *maladie de Parkinson*, avec ankylose des mains et des doigts, simulant le rhumatisme chronique, les bains ont amené non seulement des mouvements beaucoup plus faciles, mais une diminution du tremblement.

V. *Action dans diverses affections.* — Les boues actinifères se sont montrées utiles dans le traitement des *prurits*, de l'*eczéma sec* fendillé de la paume des mains.

Dans les affections gynécologiques, les boues peuvent aussi rendre des services, mais ce côté de la question sera traité dans une autre conférence.

Mode d'emploi des boues actinifères.

Les boues peuvent être employées sous forme d'applications directes ou de bains.



I. *Applications directes.* — Après nettoyage de la région, la couvrir d'une couche de boue épaisse de 1/2 centimètre environ. Si la région est ulcérée ou facilement irritable, il est bon de stériliser la boue à l'autoclave.

Recouvrir la boue d'un imperméable, pour empêcher sa dessiccation ; si la boue a trop de tendance à se dessécher, interposer entre elle et l'imperméable une compresse humide.

L'application durera de trois ou quatre heures, à plusieurs jours (ces longues applications sont surtout indiquées dans le rhumatisme chronique). Lorsque l'application dure quelques heures, on la répétera tous les jours ou tous les deux jours.

Si la peau paraît un peu irritée, on peut appliquer dans les intervalles une pommade à l'oxyde de zinc.

II. *Bains.* — En moyenne 250 grammes de boue pour un bain ordinaire à 37° ; on répètera ce bain pendant vingt et un jour. Mêler la boue au bain ou l'appliquer sur les parties malades et plonger le malade dans l'eau.

On peut aussi se servir de bains locaux (bains de bras, de mains, de pieds).

(*A suivre.*) Dr Marc Jousset.

MALADIES DES FEMMES:

ACTION PATHOGÉNÉTIQUE DES MÉDICAMENTS ET TRAITEMENT.

Pour permettre d'individualiser dans le traitement des affections des organes génitaux de la femme, nous avons l'intention :

1° De passer en revue par ordre alphabétique tous les médicaments ayant une action sur ces organes en donnant ce que l'on sait sur leur action pathogénétique ;

2° De faire un répertoire aussi complet que possible de tous ces symptômes ;

3° De passer en revue les diverses affections et les principaux symptômes que l'on peut avoir à traiter.

I

Abies nigra. — Retard de trois mois (1).

Abrotanum. — Douleur lancinante dans l'ovaire gauche; élancements dans les deux ovaires, paraissant s'étendre au dos.

Absinthium. — Douleur dans l'utérus ; douleurs lancinantes dans l'ovaire droit.

Chlorose.

Règles en avance.

Aceticum acidum. — Métrorrhagie, après l'accouchement, avec une grande soif.

Aconitum napellus. — Règles trop abondantes, et trop longues ; hémorrhagie active.

Pendant : excitabilité, agitation, crainte de la mort ; vertige empêchant de se lever.

Règles supprimées par le froid aux pieds, ou par une peur.

Ovarite après la suppression subite de l'écoulement sanguin.

(1) Les deux principales sources sont le dictionnaire de matière médicale pratique du Dr Clarke et le traité élémdentaire de matière médicale expérimentale du Dr P. Jousset.

PAGE NOT AVAILABLE

rétroversion, prolapsus, hypertrophie et induration, caractérisée par grande sensibilité, chaleur et battements.

Leucorrhée ancienne, couleur jaune foncé, épaisse et visqueuse, augmentant après les époques, par la marche, corrodant les lèvres, avec douleur dans le sacrum et les genoux.

Sensibilité utérine avec battements à l'épigastre.

Pendant la grossesse, la symphyse sacro-iliaque cède pendant la marche; oblige à s'asseoir; se trouve bien couchée.

Agaricus muscarius. — Douleurs et pesanteur tout à fait intolérables.

Règles trop abondantes et en avance, avec douleurs pressives dans le dos et le ventre.

Prurit et irritation des parties avec violent désir sexuel.

Pendant : mal de tête, douleurs de dents, douleurs et démangeaisons dans l'oreille gauche, douleur dans le bras gauche, palpitations, salivation.

Leucorrhée avec démangeaisons externe et interne.

Agnus castus. — Gonflement et inflammation de l'utérus.

Rétention du placenta.

Leucorrhée transparente; leucorrhée tachant le linge en jaune.

Stérilité, avec époques supprimées et manque du désir sexuel.

Ailanthus glandulosa. — Fièvre puerpérale maligne.

Vomissements de la grossesse.

Aletris farinosa. — Epoques en avance, profuses, avec douleurs semblables à celles de l'accouchement. Ménorrhagie profuse, noire avec caillots, plénitude de l'abdomen et pesanteur.



PAGE NOT AVAILABLE

vité de la circulation, rougeur de la face, céphalée, palpitations.

Après : grande fatigue.

Leucorrhée corrosive, avec cuissons, avant et après les époques, avec fatigue et coliques; leucorrhée couleur de chair, ou aqueuse, amenant la raideur du linge ; mucus transparent avant et après les règles.

Ambra grisea. — Règles en avance et abondantes. Perte de sang entre les époques.

Pendant : gonflement des veines variqueuses avec pression dans les jambes.

Leucorrhée épaisse, visqueuse, précédée d'élancements dans le vagin ; plus abondante la nuit.

Brûlure, douleurs et démangeaisons avec gonflement des parties.

Ammonium bromatum. — Douleur constante, gravative, et gonflement de l'ovaire gauche.

Ammonium carbonicum. — Règles en avance et abondantes, sang noir et âcre.

Avant et pendant : coliques et douleurs dans les reins.

Pendant : mal de dents ; tiraillements aigus dans le dos et les parties génitales; désir de se coucher; pâleur et grande faiblesse.

Leucorrhée corrosive et brûlante.

Gonflement, brûlure et démangeaisons des parties externes ; excoriation de la peau des parties et de l'anus.

Ammonium causticum. — Epoques en avance de quinze jours et très abondantes.

Ammonium muriaticum. — Epoques en avance et trop abondantes avec douleurs dans le ventre, les reins, le dos : plus abondantes la nuit.



PAGE NOT AVAILABLE

Pendant la grossesse : nausées, vomissements et diarrhée.

Antimonium tartaricum. — Epoque d'un sang aqueux.

Violente pesanteur dans le vagin. Métrite chronique avec sensation de pesanteur sur le coccyx.

Eruption de pustules sur les organes génitaux. Prurit.

Apis. — Aménorrhée ou ménorrhagie. Epoques supprimées ou diminuées avec congestion de la tête.

Pesanteur douloureuse dans l'utérus; comme si l'époque allait venir. Métrite. Ulcération de l'orifice du col, pesanteur douloureuse, douleurs comme celles de l'accouchement, suivies d'un mucus foncé, sanguinolent.

Péritonite avec douleurs lancinantes.

Inflammation, induration, gonflement et hydropysies des ovaires; poids et douleurs dans les ovaires: Douleurs aiguës dans les ovaires surtout pendant les règles; améliorées en se couchant du côté droit (l'ovaire droit est toujours plus affecté que le gauche).

Gonflement considérable et douloureux des lèvres avec brûlure et élancements.

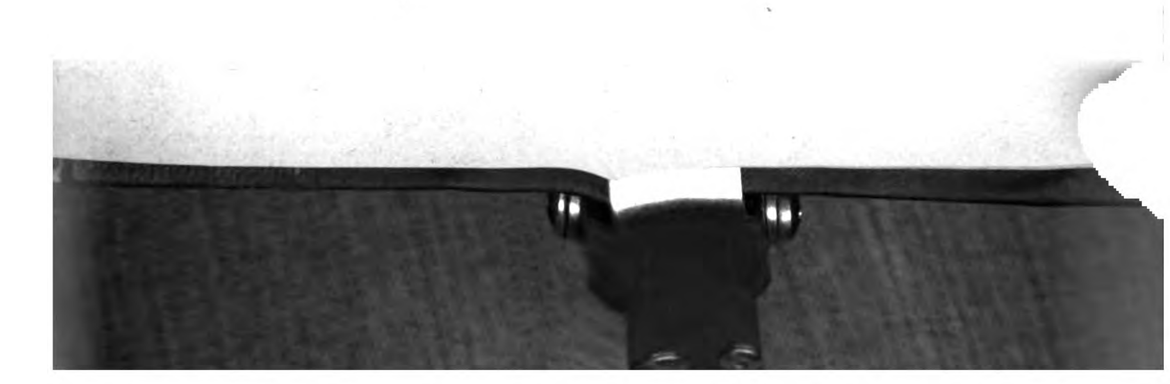
Avortement imminent dans les premiers mois, avec lourdeur de l'abdomen, agitation et bâillements.

Apocynum cannabinum. — Ménorrhagies épuisantes (continuelles et paroxystiques). Sang en larges caillots, quelquefois à l'état liquide.

Aménorrhée chez les jeunes filles.

Aralia racemosa. — Leucorrhée acide, irritante, avec pesanteur douloureuse.

Aranea diadema. — Epoques en avance, trop fréquentes, trop abondantes et trop longues ; arrivant huit jours d'avance.



PAGE NOT AVAILABLE

Vomissements de la grossesse.

Avortement menaçant après une chute.

Sensation comme si le fœtus était en travers.

Arsenicum album. — Epoques trop fréquentes et trop abondantes, accompagnées de beaucoup de souffrances.

Epoques supprimées avec douleurs dans le sacrum et les épaules.

Leucorrhée acide, corrosive, épaisse et jaunâtre.

Squirrhe de l'utérus.

Désir vénérien.

Arsenicum metallicum. — Epoques en avance et faibles.

Chaleur dans l'utérus et le vagin.

Douleur dans l'utérus et le vagin pendant les époques.

Artemisia vulgaris. — Epoques irrégulières ou supprimées avec convulsions épileptiques.

Prolapsus de l'utérus ; contractions violentes de l'utérus.

Violentes contractions de l'utérus gravide, avec avortement imminent.

Lochies supprimées.

Arum maculatum. — Epoques abondantes.

Arum triphyllum. — Sang des époques foncé. Les époques sont supprimées pendant deux mois, puis reparaissent.

Douleurs aiguës dans les deux ovaires.

Arundo mauritanica. — Epoques en avance, profuses et de longue durée ; sang en caillots foncé.

Catarrhe utérin.

Violent désir sexuel : ou aversion.

Asa fœtida. — Douleurs dans la région utérine comme des douleurs d'accouchement, avec élancement et pesanteur.



Gonflement et inflammation des parties ; leucorrhée profuse, verdâtre, liquide, et irritante.

Excitation génitale.

Asarum europœum. — Epoques en avance et de longue durée ; sang noir.

Avant et après : migraine.

Violente douleur au bas du dos au moment de leur apparition, empêchant presque de respirer.

Leucorrhée jaune, tenace.

Fistule vaginale.

Nausées de la grossesse. Avortement menaçant à cause d'une extrême sensisibilité nerveuse.

Asclepias tuberosa. — Ménorrhagie, avec violente sensation de pesanteur.

Asterias rubens. — Retard des époques, bien que les coliques et les autres symptômes habituels soient présents : ceux-ci ne disparaissent qu'à l'arrivée de l'époque plus abondante que d'habitude.

Elancements et sensation de pression dans l'utérus; pression sur les organes de la partie inférieure de l'abdomen empêchant de marcher.

Excitation sexuelle le matin au lit; violent et constant désir, avec agitation nerveuse, avec appréhension de ne pouvoir supporter ces sensations douloureuses.

Aurantium. — Epoques trop copieuses.

Aurum metallicum. — Epoques en retard, peu abondantes ou absentes.

Avant : gonflement des glandes axillaires.

Pendant : coliques; prolapsus du rectum.

Douleurs dans le ventre, comme si les époques allaient



venir ; prolapsus et induration de la matrice. Affections utérines avec dépression et tendance au suicide.

Leucorrhée abondante et corrosive, épaisse et blanche, augmentant par la marche.

Pendant la grossesse, mélancolie, suicide.

Aurum muriaticum. — Hémorrhagies de la ménopause.

Brûlure de la vulve ; chaleur et démangeaisons dans le vagin.

Leucorrhée jaune, surtout le matin ; acide, écorchant les cuisses avec démangeaisons des parties. Ecoulement blennorrhagique avec gonflement des aines.

Aurum muriaticum natronatum. — Ulcérations et indurations de l'utérus.

Hypertrophie des ovaires.

Leucorrhée corrosive avec pustules des parties.

Avortement causé par les indurations de l'utérus.

Squirrhe de l'utérus.

Aurum sulphuratum. — Epoques irrégulières.

Sensibilité de l'utérus au toucher.

Leucorrhée épaisse, jaunâtre, surtout le matin.

Badiaga. — Métrorrhagie plus forte la nuit, avec sensation de gonflement de la tête.

Baptisia tinctoria. — Epoque en avance et abondantes.

Provoque l'avortement.

Lochies fétides, fièvre puerpérale.

Baryta carbonica. — Epoques trop faibles et trop courtes.

Avant et pendant : douleurs de dents, coliques, douleurs dans le dos.

Leucorrhée un peu avant les règles.

Diminution du désir sexuel.

PAGE NOT AVAILABLE

Lochies persistant trop longtemps.

Berberis aquifolium. — Légère brûlure dans le vagin ; douleurs et pesanteur comme si les époques allaient venir.

Berberis vulgaris. — Epoques pâles composées de sang séreux. Epoques composées de mucus gris et de sang brun. Epoques supprimées.

Epoques insuffisantes, avec douleurs tiraillantes dans tout le corps, gonflement douloureux du ventre, douleur dans les reins, élancements dans la poitrine, aspect découragé, et douleurs violentes dans la tête ; ou avec mauvaise humeur, dégoût de la vie, découragement, élancements dans le vagin, brûlure et excoriation dans l'anus, douleurs dans les bras, montant jusqu'aux épaules et à la nuque.

Pendant : douleurs dans les parties génitales et dans les reins, ou violentes douleurs de tête avec sensation de défaillance.

Brûlure et excoriation du vagin, s'étendant aux lèvres.

Jouissance tardive, pendant le coït, s'accompagnant souvent de douleurs lancinantes.

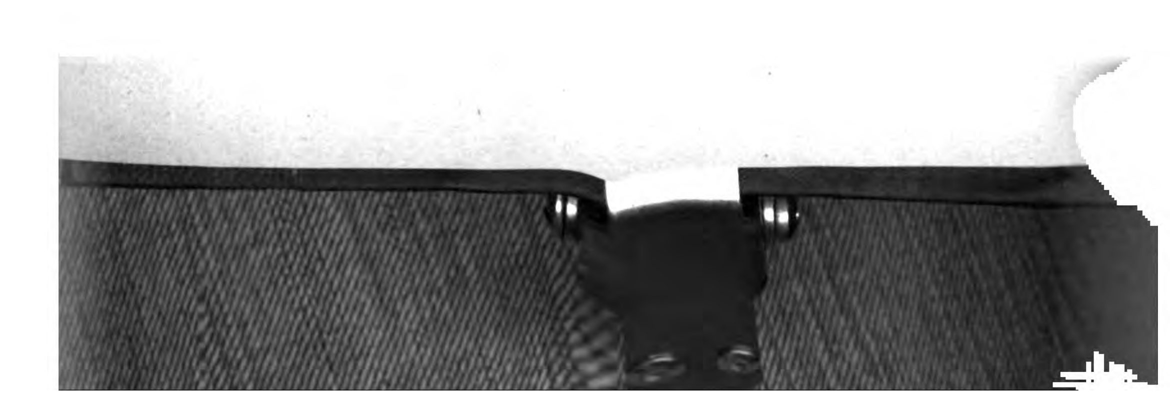
Boracicum acidum. — Le vagin est froid comme si on y avait mis de la glace.

Bouffées de la ménopause.

Borax. — Epoques en avance et trop fortes, de couleur rouge pâle.

Pendant : douleur pulsative dans la tête, bourdonnements d'oreilles, nausées, avec douleurs dans l'estomac et les reins, ou élancements dans l'aine.

Leucorrhée corrosive et épaisse, comme de l'amidon ; acide, pendant les deux semaines qui précèdent les épo-



ques, avec gonflement des lèvres, inflammation et écoulement des glandes de Duverney.

Sensation de piqûre et de gonflement au clitoris.

Pendant la grossesse : gonflement, démangeaisons et brûlures du vagin, avec un écoulement comme blennorrhagique. Fausses douleurs.

Pendant l'accouchement : douleurs spasmodiques plus dans l'estomac que dans l'utérus; élancements ; la tête de l'enfant va en arrière.

Bovista. — Epoques en avance et trop abondantes ou en retard, peu abondantes et trop courtes. Ecoulement de sang seulement pendant la nuit.

Avant : diarrhée.

Ecoulement de sang entre les époques.

Leucorrhée : quelques jours avant ou quelques jours après les règles ; pendant la marche ; comme du blanc d'œuf ; jaune verdâtre, acide, corrosive, laissant des taches vertes sur les vêtements; épaisse, visqueuse.

Excoriation du pli inguinal pendant l'époque.

Bromium. — Epoques en avance et abondantes, sang rouge vif ; écoulement passif, avec épuisement; ou caillots membraneux.

Avant et pendant : violentes contractions spasmodiques, persistant plusieurs heures, laissant le ventre sensible.

Avant : douleur dans le ventre et à la partie inférieure du dos.

Lourdeur douloureuse dans l'ovaire gauche.

Emission de gaz par le vagin.

Dysménorrhée membraneuse.

Bryonia. — Epoques supprimées, avec saignements de nez. Epoques en avance ; trop tôt et trop fortes, avec sang rouge foncé ; avec mauvaise odeur.



Pendant : douleurs aiguës dans les membres.

Ecoulement de sang entre les époques.

Métrorrhagie d'un sang rouge foncé, avec douleurs dans les reins et la tête.

Gonflement et inflammation des grandes lèvres (surtout de la gauche); pustule noire sur une lèvre.

Pendant la grossesse : douleurs brûlantes au fond de l'utérus, augmentant par le mouvement, diminuant par pression et au repos.

Fièvre puerpérale.

Bufo. — Epoques en avance et profuses, avec attaques épileptiques.

Avant et pendant : mal de tête.

Gonflement de l'aine au genou (phlegmatia alba dolens).

(*A suivre*). Dr MARC JOUSSET.

REVUE DES SOCIETES SAVANTES

ACADEMIE DE MEDECINE

LES ÉPIDÉMIES DE FIÈVRE TYPHOIDE EN FRANCE. — Dr VINCENT. (*Séance du 26 octobre*).

Il résulte de ce rapport, que la France, paie à la fièvre typhoïde un tribut trois et quatre fois plus haut que les autres contrées du Nord et du Centre de l'Europe. L'auteur attribue ce fâcheux résultat à l'absence d'une désinfection suffisante, pratiquée vis-à-vis des malades et des convalescents de la dothiénentérie. Si on veut faire quelque



PAGE NOT AVAILABLE

L'étude de la transmission de la fièvre typhoïde dans les campagnes, montre que cette transmission s'est toujours opérée par les eaux de boisson prises dans des fontaines polluées par les matières fécales des typhiques, déversées négligemment par les paysans sur les fumiers où l'eau des pluies vient prendre les germes infectieux et les transporte dans les eaux de source.

Dr P. Jousset.

SOCIETE MEDICALE DES HOPITAUX

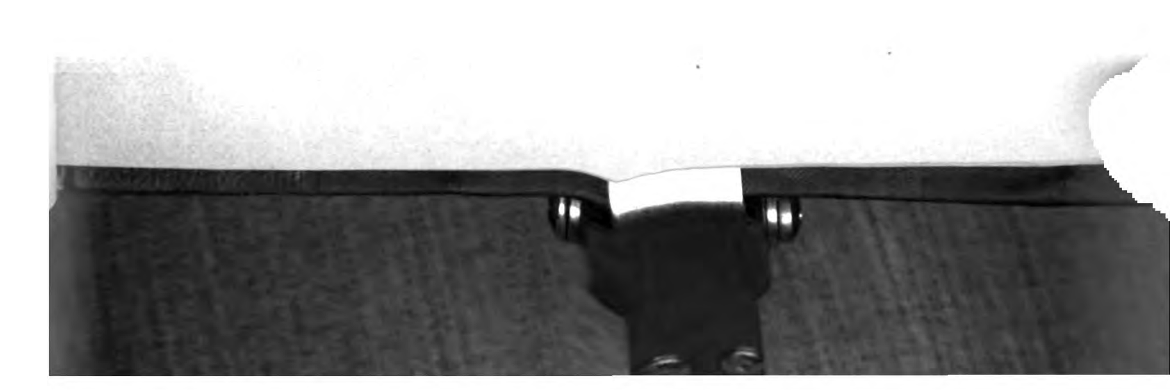
I

La lithiase oxalique de l'intestin

(*Séance du 22 octobre*) — La lithiase intestinale peut se présenter sous forme de calculs ou de sables ; c'est cette variété seulement que M. Loeper a étudiée.

Les malades atteints de lithiase intestinale présentent fréquemment des crises douloureuses à point de départ cœcal ou colique, accompagnées de sueurs, de vomissements, de débâcles intestinales, de défaillance et de phénomènes nerveux : ces accidents sont assez marqués dans certains cas pour imposer le diagnostic ; dans d'autres cas, les malades souffrent très peu de leur intestin, ils se plaignent à peine de constipation ou de douleurs abdominales vagues.

Un examen soigneux des matières fécales est toujours indispensable pour affirmer le diagnostic. Si l'on écrase entre deux lames de verre une parcelle de fèces on perçoit déjà une crépitation spéciale caractéristique, et si l'on passe



les matières au tamis fin en les diluant sous un mince filet d'eau, on peut recueillir une quantité parfois très considérable d'un sable grisâtre ou brunâtre, de consistance assez ferme, de grains plus ou moins réguliers et qui ressemble tantôt au sable fin des plages et tantôt au gros sable de rivière.

Quelle est la pathogénie de cette affection ?

L'alternance chez certains malades des crises d'intestin avec la goutte, le rhumatisme, les coliques néphrétiques, avait conduit M. Dieulafoy à considérer la lithiase intestinale comme une manifestation de la diathèse goutteuse. L'existence chez un certain nombre d'autres sujets de mucorrhée, d'entéro-colite véritable et de phénomènes d'irritation colique avaient au contraire amené M. Mathieu à attribuer à la lithiase de l'intestin une origine inflammatoire ou catarrhale.

L'analyse du sable intestinal a montré qu'il se compose principalement de phosphate de chaux : 28 p. 100 (Marquez), 46, 68 et 64,20 p. 100 (Mathieu), tandis que le carbonate de chaux est proportionnellement rare : 3 à 5 p. 100 (Mathieu) ; on trouve en outre des traces de magnésie et de silice et une assez grande quantité de matières organiques.

M. Lœper fait remarquer que ces dosages faits surtout par calcination ne permettent pas de reconnaître les substances organiques, que l'acide oxalique, par exemple, se transforme en acide carbonique et en eau.

Ayant eu l'occasion de suivre plusieurs malades atteints de lithiase intestinale, il a fait faire par M. Béchamp, préparateur à la Sorbonne, des analyses aussi complètes que possible.

Quatre échantillons ont été examinés, et trois contenaient de l'acide oxalique en quantité très importante.



Le sable n° 1 contenait 18 p. 100 de chaux ; 41 p. 100 d'acide phosphorique ; 16 p. 100 d'acide oxalique, ce qui correspondait à 53 p. 100 de phosphates bicalciques et 22 p. 100 d'oxalate de chaux.

Le sable n° 2 : 19 p. 100 de chaux ; 38 p. 100 d'acide phosphorique et 15 à 16 p. 100 d'acide oxalique, soit 51 p. 100 de phosphate bicalcique et 22 p. 100 d'oxalate de chaux.

Le sable n° 3 ne contenait que des traces d'acide oxalique et le sable n° 4, 7 à 8 p. 100.

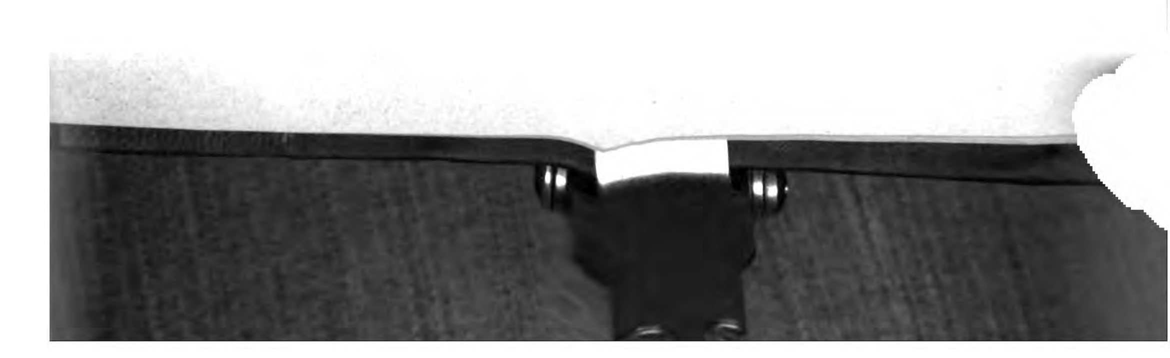
Il existe donc certains sables intestinaux qui contiennent de grandes quantités d'acide oxalique.

M. Lœper a fait à des lapins des injections sous-cutanées et intraveineuses d'acide oxalique et d'oxalate de soude, à doses non mortelles et répétées plusieurs jours consécutifs. Les lésions de la muqueuse intestinale étaient considérables et leur existence constituerait déjà un argument en faveur de l'élimination par la muqueuse d'une partie tout au moins du produit injecté ; mais, bien plus probante encore est l'augmentation considérable de l'acide oxalique qui a été constatée dans les matières des animaux alors que le régime alimentaire restait absolument identique.

L'écrasement des matières fécales de ces lapins entre deux lames de verre produit une crépitation pierreuse caractéristique, et l'examen microscopique montre de nombreux cristaux d'oxalate de chaux, qui sont comme du sable en miniature.

Le sable intestinal contient toujours, en même temps que l'oxalate de chaux, une grande quantité de phosphate de chaux.

Les recherches de M. Lœper le conduisent à accepter



la conception d'une lithiase oxalique en quelque sorte diathésique.

Il y a donc comme indications thérapeutiques : réduire la formation dans l'organisme de l'acide oxalique et compenser la déperdition en chaux et en acide phosphorique.

L'acide oxalique se forme surtout dans l'alimentation carnée excessive, dans l'alimentation trop abondante par les sucres et l'amidon ; par l'usage des boissons gazeuses, et des produits renfermant des oxalates (oseille, cacao) ; le régime alimentaire devra donc être surveillé.

La marche, les exercices du corps sont favorables.

L'administration de phosphore, d'acide phosphorique, de phosphates assimilables, seront nécessaires.

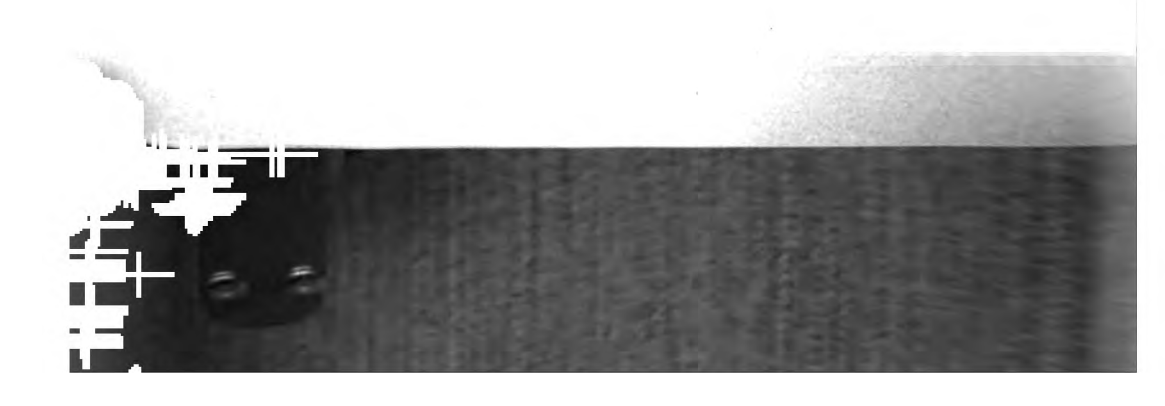
II

Fréquence comparée de la tuberculose chez les descendants de tuberculeux et chez les descendants de non-tuberculeux.

M. Pissavy communique à la Société les résultats de ses recherches faites avec le concours de MM. Chabenat (de la Châtre), Le Masson (de Paris), Cels (de Luzarches), et Lavaud (externe des hôpitaux). Il a pu ainsi établir le dossier sanitaire de 569 ménages pris au hasard.

Dans 469 de ces ménages, ni le père ni la mère n'étaient tuberculeux. Le chiffre total de leurs descendants a été de 1.428 sur lesquels 123 ont contracté la tuberculose. Ce chiffre de 123 tuberculeux représente une proportion de 8 p. 100 environ.

Dans les 100 ménages restants, l'un des deux conjoints, au moins, était atteint de bacillose. Ces 100 ménages ont



donné le jour à 292 enfants sur lesquels 93 sont devenus tuberculeux. Soit une proportion de 31 p. 100 environ.

De cette statistique, il résulte donc que l'enfant issu de parents indemnes de tuberculose a 8 chances sur 100 de devenir tuberculeux, alors que l'enfant issu de parents tuberculeux a 31 chances sur 100 d'être atteint.

Une partie des familles habite la campagne, l'autre partie habite Paris ; il ne semble pas y avoir de différences de ce fait : la morbidité bacillaire chez les descendants de tuberculeux campagnards est sensiblement égale à celle des descendants de tuberculeux parisiens.

Les recherches de M. Pissavy viennent appuyer l'opinion de M. P. Jousset au sujet de l'influence de l'hérédité sur la tuberculose.

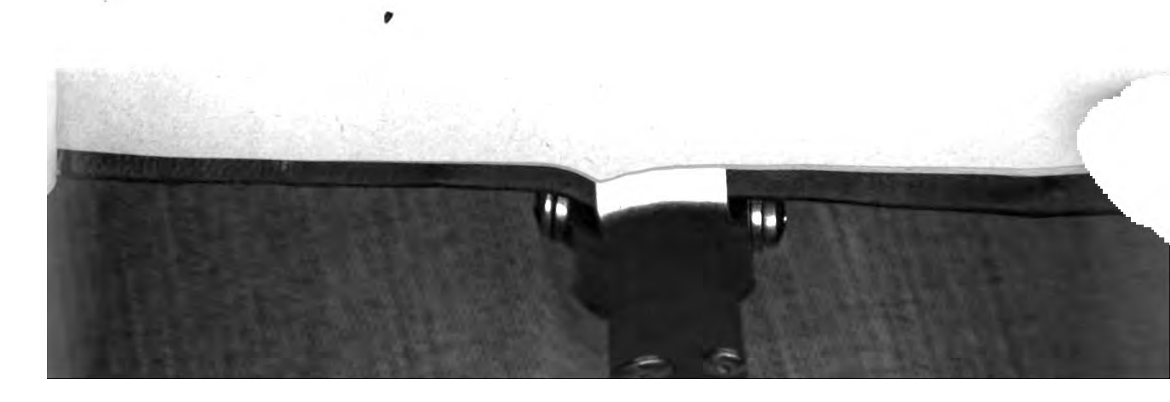
III

Gangrène circonscrite du poumon droit. Diagnostic par la radiographie. Pneumotomie. Guérison.

MM. Galliard et Picqué rapportent l'observation d'un homme de trente-neuf ans, entré le 21 juin à Lariboisière. Bonne santé antérieure. Quinze jours avant toux sèche, avec chatouillement dans la gorge, suivie bientôt d'un point de côté assez douloureux au-dessous du mamelon droit, avec un peu de dyspnée.

Les crachats deviennent sanguinolents, puis purulents, enfin fétides.

A son entrée, fièvre modérée, 38°, dyspnée modérée, faciès pas mauvais ; odeur gangréneuse des crachats. L'auscultation ne révèle que des râles ronflants, sibilants disséminés ; aucun foyer appréciable ; pas de matité ; vibrations normales.



M. Galliard conclut à une gangrène pulmonaire avec impossibilité de déterminer le foyer gangréneux.

Le 24 juin, on radiographie le malade ; cette radiographie montre à droite une ombre qui occupe la partie moyenne du poumon. Le sujet étant vu de dos, cette ombre commence au bord droit de la colonne vertébrale, où elle obscurcit les cinquième et sixième espaces intercostaux, puis elle va s'élargissant vers l'aisselle, gagnant en haut la partie externe du quatrième espace, et suivant en bas la courbe descendante de la septième côte. En outre, léger obscurcissement du sommet droit, tandis que la base droite et tout le poumon gauche sont absolument translucides.

Le 26, deux ponctions à la région dorsale, avec une aiguille fine et longue, ne donnent pas de résultat.

Le 27, dans le deuxième espace intercostal, en avant, on trouve de la submatité et une inspiration légèrement soufflante ; une ponction en ce point donne un demi-centimètre cube de liquide purulent.

Le D^r Le Gendre, qui vient voir le malade, confirme le diagnostic de gangrène pulmonaire circonscrite et conseille une intervention chirurgicale.

Celle-ci est pratiquée le 30 juin par le Dr Picqué, qui fait, à droite, une incision demi-circulaire de la paroi thoracique antérieure et relève un large lambeau, mettant à nu les deuxième et troisième côtes. Ayant réséqué un fragment de la deuxième côté et incisé largement le deuxième espace, il découvre la plèvre épaissie et atteint le poumon sans rencontrer de collection purulente. C'est dans le parenchyme lui-même qu'après avoir traversé une épaisseur de 1 centimètre 1/2 environ de tissu dense, résistant, non crépitant, on trouve le foyer gangréneux, le-

quel admettrait à peine un œuf de poule ; il est incisé, exploré à l'aide du doigt et draîné. Pas de pneumothorax opératoire.

Les jours suivants, amélioration progressive, bien que les expectorations continuent, abondantes et fétides.

Le malade guérit et quitte l'hôpital.

IV

Surcharge graisseuse du cœur et infiltration adipeuse du faisceau de His dans un cas de pouls lent permanent.

(*Séance du 5 novembre.*) — MM. Bergé et Pélissier viennent d'observer un cas de maladie de Stokes-Adams, suivie d'autopsie.

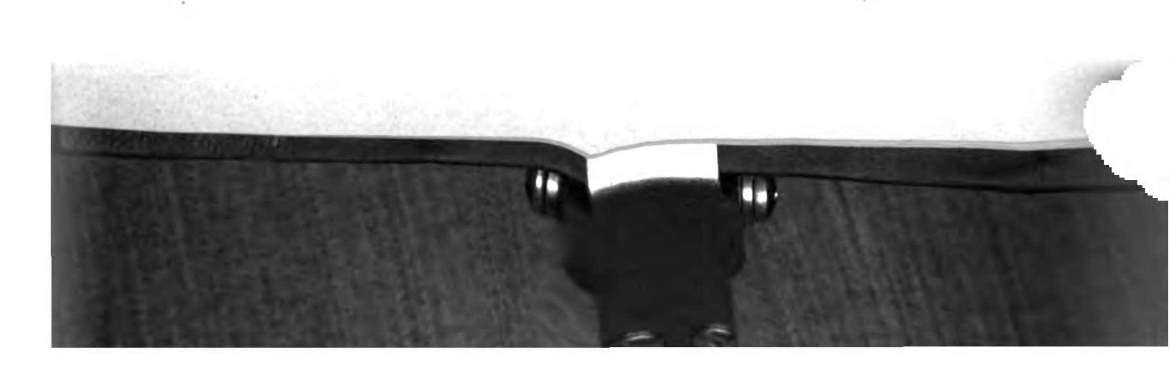
L'intérêt particulier de cette observation consiste dans les constatations anatomo-pathologiques. Dans les autopsies antérieures, les altérations du faisceau de His consistaient en gommes ou en dégénérescence fibreuse ou fibrocalcaire. Chez le malade de M. Bergé, qui était un cas typique de pouls lent permanent, on a trouvé comme lésions une surcharge graisseuse considérable du cœur avec infiltration adipeuse du faisceau de His.

V

Salpingite éberthienne. Opération d'urgence. Guérison.

MM. Galliard et Chaput rapportent l'observation d'une femme de trente ans, qui est entrée à Lariboisière pour une fièvre typhoïde, qui évolua normalement.

Au moment où la maladie paraissait terminée, le 27e jour, après avoir eu quelques douleurs abdominales légè-



res les deux jours précédents, état grave : coliques violentes, nausées, vomissements, pas de hoquet, faciès péritonéal, pouls petit, rapide, 160 pulsations, température à 40°,2 ; pas d'urine, le matin.

Diagnostic : perforation intestinale ; comme il n'y a pas de collapsus, on décide une intervention immédiate.

Laparotomie médiane, après anesthésie lombaire (8 centigrammes de novococaïne en solution à 4 p. 100) : un peu de liquide louche dans le péritoine. L'intestin grêle ne présente pas de perforation. Pus dans le petit bassin ; grosse masse salpingienne à droite ; annexes gauches sclérosées. Ablation de l'utérus et des annexes droites.

Examen de la pièce. — La trompe droite, remplie de pus et très volumineuse, présente sur sa face postérieure une perforation circulaire à bords violacés, dont le diamètre n'est que de quelques millimètres. Pas de lésion de l'utérus.

Examen du pus. — Recueilli au cours de l'opération, le pus de la trompe est ensemencé d'abord dans le bouillon. Au bout de vingt-quatre heures, le bouillon présente un aspect moiré et fournit uniquement des bacilles d'Eberth.

L'ensemencement sur gélose produit une épaisse traînée. Là encore les bacilles d'Eberth sont indiscutables.

La culture sur pommes de terre détermine à la surface une traînée humide, une sorte de vernis caractéristique.

Enfin le lait n'est pas coagulé.

Donc le pus contient du bacille d'Eberth et pas d'autre microbe.

Cette localisation sur les annexes est exceptionnelle ; a-t-elle été causée par les lésions annexielles chroniques antérieures ?



VI

Sur la localisation de la toxine tétanique dans la région bulbo-protubérantielle.

(*Séance du 12 novembre.*) — MM. Jean Troisier et Georges Roux ayant eu l'occasion de faire l'autopsie d'un enfant mort de tétanos suraigu, ont fait des recherches sur le système nerveux du petit malade, qu'ils ont inoculé à des animaux.

Leurs expériences ont prouvé que la toxine tétanique peut être décelée dans la région bulbo-protubérantielle, surtout au niveau des noyaux masticateurs, ce qui expliquerait la prédominance de la contracture tétanique dans la sphère motrice du trijumeau.

VII

Fréquence insolite des polyomyélites en France pendant l'été dernier. Leur identité avec les cas observés a l'étranger sous forme épidémique. Relations entre la polyomyélite et la méningite cérébro-spinale épidémique.

M. Netter signale une épidémie de *paralysie infantile*, ou mieux de *polyomyélite*, qui a eu lieu en France l'été dernier. Il peut paraître prématuré de dire épidémie, cependant M. Netter en a vu personnellement six cas, et ses renseignements lui permettent de déclarer que plusieurs confrères de Paris et de la province ont été frappés de la proportion insolite des cas venus à leur connaissance.

Dans ces dernières années, des médecins étrangers, par-

ticulièrement les médecins scandinaves et américains, ont signalé le développement sous forme épidémique d'une maladie fébrile frappant de préférence les enfants et suivie habituellement de paralysie et d'atrophie musculaire.

Cette maladie présente les caractères essentiels, anatomiques et symptomatiques, de la paralysie infantile ; cependant on a signalé quelques particularités : au point de vue anatomique, la participation régulière de la pie-mère et aussi l'extension habituelle aux régions plus élevées de l'axe cérébro-spinal ; au point de vue clinique, la fréquence des symptômes méningés : douleurs de tête, de nuque, de tronc, rétraction de la nuque, quelquefois convulsions et tremblement.

La paralysie est souvent précédée ou accompagnée de douleurs très violentes ; les muscles de la face sont assez souvent atteints : paralysie de la face, des muscles de l'œil, nystagmus.

Dans le plus grand nombre de cas, cette maladie laisse après elle des atrophies partielles ; elle peut complètement guérir, même lorsque les paralysies ont été très marquées ; son pronostic est grave, puisque la mort en est la conséquence 15 à 22 fois p. 100.

Cette affection se développe presque exclusivement pendant les mois d'été ; elle revêt une forme épidémique et atteint des familles, des maisons, des quartiers. En Suède et en Norvège, on a pu suivre pas à pas les progrès du mal et déterminer presque toujours la contagion.

Les recherches bactériologiques faites jusqu'à ce jour ne sont pas concluantes ; elles permettent cependant de dire que l'agent pathogène de cette affection n'est pas le diplocoque de la méningite cérébro-spinale.

Il est cependant à remarquer qu'il y a souvent une rela-

tion chronologique entre les épidémies de polyomyélite et celles de méningite cérébro-spinale. Il semble résulter des faits connus jusqu'ici que les épidémies de méningite cérébro-spinale précéderaient celles de polyomyélite.

Dr MARC JOUSSET.

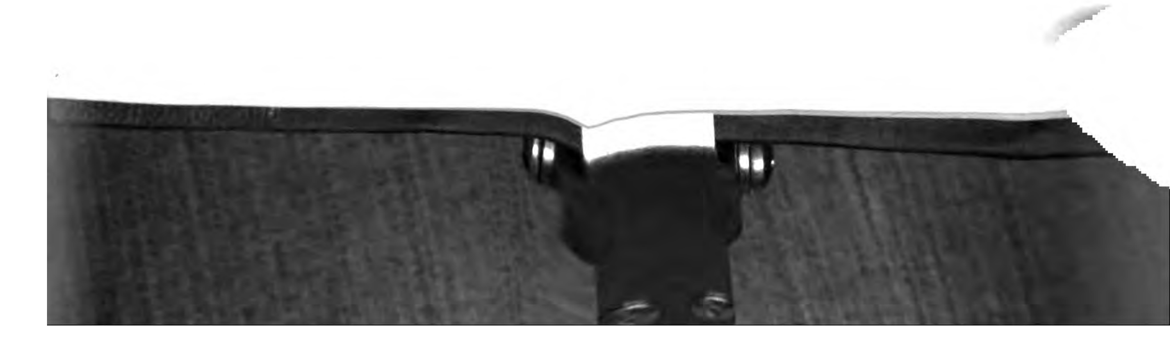
REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ANGLAIS

CRATÆGUS OXYCANTHA DANS L'INSUFFISANCE MITRALE AVEC DÉGÉNÉRESCENCE MYOCARDIQUE. OBSERVATION, par G. HARLAN WELLS.

Un homme de 50 ans, négociant, bien nourri, de manières rangées, indemne de syphilis, rhumatisme ou alcoolisme, commença il y a quinze ans à souffrir de dyspnée, de douleur dans la région du cœur et de gonflement des extrémités inférieures. Il consulta des médecins connus qui portèrent le diagnostic d'insuffisance mitrale, avec myocardite et firent un pronostic absolument mauvais. Le Dr Snader lui donna alors *Cactus* T. M., dix gouttes quatre fois par jour. Il alla mieux et pendant deux ans les symptômes disparurent, et il ne ressentait qu'un peu de rapidité de la respiration à l'exercice. Quelquefois des signes d'insuffisance cardiaque se montrèrent, mais pour disparaître promptement avec *Cactus*.

Le 2 mars 1909, le malade fut pris d'une attaque de grippe accompagnée d'une toux terrible. Il y avait beau-



coup de prostration générale et le pouls devint anormalement faible, rapide et irrégulier. La grippe dura une dizaine de jours, mais le pouls resta de même. Le 20 mars on donna *Cactus* pendant quinze jours sans amélioration. Je donnai alors *Cratægus*. A ce moment existaient les symptômes suivants : le malade se plaignait de crises de palpitations cardiaques et avait le souffle court, surtout après la toux, et disait qu'il avait une *sensation douloureuse de pression dans le côté gauche de la poitrine, au-dessous de la clavicule*. Ce symptôme empirait par la fatigue. Il avait une petite toux et expectorait un mucus épais, gris. Il se plaignait de fatigue mentale et physique après un léger exercice. Il n'y avait pas de troubles des organes digestifs ou urinaires. L'examen montra que le pouls était à 100. l'amplitude bonne avec une irrégularité marquée comme le montre le tracé sphygmographique (1). Il n'y avait pas de sensibilité ou de pression au niveau des muscles de la poitrine. L'aire de matité cardiaque s'étendait un peu à gauche de la ligne mamelonnaire, montrant une hypertrophie modérée du cœur. Il y avait un fort souffle systolique, entendu surtout à la pointe et propagé dans l'aisselle. Ce souffle d'insuffisance mitrale était antérieur à la grippe.

Cratægus fut administré vers le 1er avril, cinq gouttes de teinture trois fois par jour. L'amélioration commença au bout de deux jours, et en dix jours les symptômes cardiaques avaient entièrement disparu. Le pouls descendit à 72, absolument régulier, comme le montre le tracé sphygmographique. La sensation douloureuse dans le côté gau-

(1) Le tracé sphygmographique semble très régulier, sauf quelques extra systoles de temps à autre (*V. D. T.*).

che de la poitrine cessa et la force du malade revint à la normale. Naturellement l'ancien souffle persistait.

Ce cas est très instructif pour les raisons suivantes. D'abord, les résultats qui suivirent l'administration du *Cratægus* furent si prompts, si définis, et si permanents, que je suis convaincu qu'ils étaient dus, sans aucun doute, à l'action du *Cratægus*, d'autant plus que le malade refusa de rester au repos et de changer ses habitudes d'affaires en aucune façon. Ensuite, les symptômes étaient si définis et si faciles à mettre en évidence que leur prompte disparition par *Cratægus* devrait nous pousser à faire des observations pour déterminer si *Cratægus* influencera toujours favorablement ou non cet ensemble de symptômes. Enfin je voudrais montrer l'urgente importance de l'établissement de pathogénésies plus soignées et d'études cliniques sur cet agent médicamenteux de valeur des maladies cardiaques.

LYCOPUS VIRGINICUS DANS LES NÉVROSES CARDIAQUES. OBSERVATION, par le Dr ROBERTO RICHIE.

Histoire clinique. Femme de 32 ans, précédemment maîtresse d'école, actuellement mariée et mère de deux enfants : elle a un tempérament nerveux et beaucoup de ses symptômes se rapportent à son système nerveux. Son cœur bat et palpite parfois et spécialement la nuit, et a tendance à être plus mal si elle mange fortement le soir et surtout si elle se laisse aller pour le café. Cela la réveille brusquement d'un bon sommeil, la forçant à s'asseoir brusquement sur son lit pour avoir du soulagement. En même temps elle a une flatulence excessive et ne peut avoir de mieux que par de continuelles éructations.



Pendant la journée elle est constamment gênée par une sensation comme si son cœur était tourné, ce symptôme étant causé par l'absence d'un battement. Il y a d'autres signes nerveux, mais ils ne portent pas sur le cœur. Une quantité de remèdes ont été essayés dans ce cas, mais le seul remède qui soulage effectivement les symptômes est *Lycopus virginicus*.

Cette plante est un des nouveaux remèdes du cœur, spécialement utile quand l'élément nerveux prédomine. Sa principale action s'exerce sur le système circulatoire, où nous trouvons une grande irritabilité cardiaque. Le pouls peut être soit rapide, dur, en fil de fer, ou bien petit, compressible et irrégulier. On peut trouver en même temps de la congestion locale des poumons, avec plus ou moins d'hémoptysie. Il y a un flux profus d'urine limpide, aqueuse, qui peut ou non contenir du sucre. Comme ce signe est accompagné d'une violente soif pour de l'eau très froide et d'émaciation, nous devrions naturellement y penser dans le traitement d'une des formes du diabète.

Avec cette action tumultueuse et forte du cœur, qu'on pourrait entendre à plusieurs pieds de distance du lit, nous pouvons trouver une saillie des globes oculaires, de telle sorte qu'il faudrait y penser dans le traitement du goître exophtalmique, spécialement lorsque l'on trouve, comme cela arrive quelquefois, de la constriction du larynx et une respiration oppressée.

Nous trouvons aussi des troubles gastriques, spécialement de la flatulence, et celle-ci apprave les palpitations en pressant sur le cœur. L'action de *Lycopus* pour soulager ce groupe de symptômes, est bien montrée par le cas rapporté ci-dessus.

Le Dr Lightner Nesbit dit que les principaux signes se

rapportant au cœur sont : compression, ou sensibilité de la région précordiale, douleur subaiguë à la pointe : le battement du cœur est tumultueux et violent, mais non douloureux. Cyanose. Remplacement du premier bruit mitral par un souffle. Pouls lent, faible, irrégulier, intermittent et trémulant.

Dr P. TESSIER.

JOURNAUX FRANÇAIS

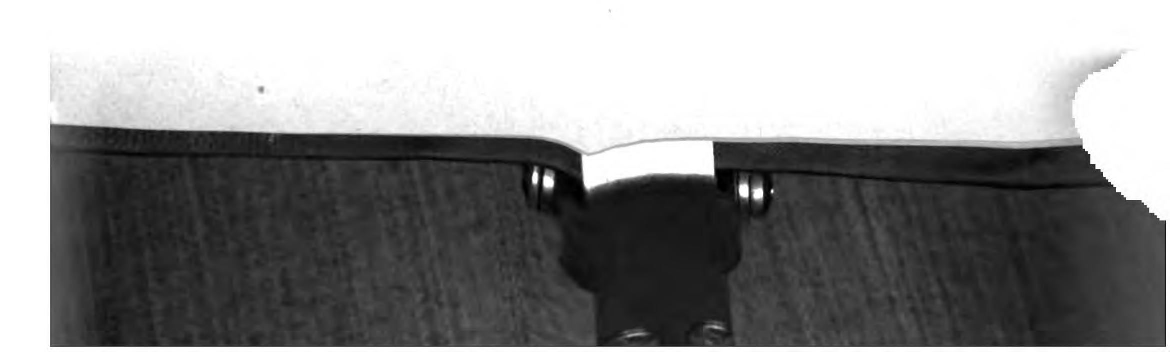
ACTION DES EXTRAITS D'ORGANE SUR LE SANG DES HÉMOPHILES. M. EMILE WEIL et BOYÉ. — (*Société de biologie*, 5 novembre).

Ce travail n'a rien de clinique; ce sont des résultats de laboratoire. L'action coagulante des différents organes a été étudiée *in vitro* et a démontré que les extraits d'organes qui favorisaient le plus la coagulation du sang étaient le rein de porc, le testicule de taureau, le lobe postérieur de l'hypophyse et l'ovaire de brebis.

C'est là un premier résultat, mais le moindre fait clinique ferait bien notre affaire.

LES FRUITS PORTEURS DE MICROBES. — H. SARTORY et FILLASSIER.

D'après les recherches des deux auteurs, les fruits vendus dans les rues et devant être consommés sans cuisson préalable, sont porteurs d'un nombre de bactéries immense et des plus pathogènes parmi lesquelles nous signalons le streptocoque doré et le staphylocoque.



Ce serait à ne plus manger jamais de fruits même après leur avoir fait subir des lavages successifs, puisqu'après un quatrième lavage ces fruits sont encore infectés d'un nombre considérable de microbes pathogènes.

Ce sont là des résultats de laboratoire auxquels la pratique donne un formel démenti. Tous autant que nous sommes, nous consommons sans aucun lavage préalable des fraises, des cerises, des raisins, et jamais cette alimentation ne cause d'accidents quand les fruits sont bien à maturité et qu'ils ne sont pas pris avec excès.

Les fruits pris avec excès, surtout s'ils sont incomplètement mûrs, déterminent des accidents, mais qui ne sont pas en rapports avec les microbes pathogènes qu'ils renferment.

Jamais un fruit, malgré les streptocoques et les staphylocoques qu'il renferme n'a déterminé un érisypèle où une des nombreuses affections à streptocoque.

Les légumes et les fruits cultivés dans les terrains *d'épandage* ont-ils été reconnus comme des causes de maladies déterminées ? La question est encore ouverte.

Le filtrage des eaux d'égout à travers les terrains cultivables est parfait toutes les fois que l'apport de l'eau polluée est dans une proportion telle qu'elle peut sans stagnation traverser les terrains où on l'épand, et nous avons vu des eaux d'égout qui avaient ainsi traversé certaines parties des terrains de Gennevilliers : cette eau était claire, limpide, sans odeur et sans goût.

Le signe des phlyctènes comme caractère de la mort réelle.

Voici la technique de cette recherche; le bras du sujet

est étendu de manière que sa face antérieure soit tournée vers le sol.

On fait lécher cette surface par la flamme d'une bougie qui détermine la formation d'une phlyctène. Cette phlyctène a pour caractère particulier d'être sèche, la peau étant soulevée, non pas par un liquide comme chez le vivant, mais par un développement gazeux.

La phlyctène éclate avec un bruit qui est quelquefois perçu par l'observateur.

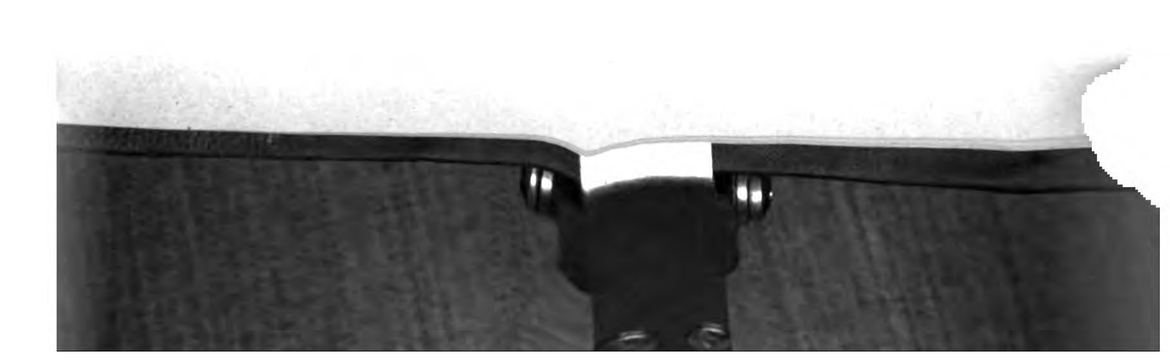
Si l'on examine la place, on trouve autour d'une aire circulaire de la dimension d'une pièce de 20 centimes les débris ratatinés de l'épiderme. Aucun exsudat ne s'est produit.

Traitement d'urgence des brulures

Ces traitements sont très nombreux; nous recommandons le suivant à cause de sa simplicité; il se fait à l'aide de la teinture d'iode; après avoir nettoyé la plaie, des corps étrangers qui peuvent la souiller, on aseptise les bords de cette plaie par une large application de teinture d'iode à l'aide de tampons d'ouate; ensuite on procède au pansement de la plaie elle-même à l'aide de tampons de ouate hydrophile imbibés dans la teinture d'iode plus ou moins diluée.

Rappelons à ce propos que l'iode ne se dissout dans l'eau que dans des proportions extrêmement faibles et que pour avoir une solution de teinture d'iode suffisamment énergique au 1/4, au 1/3, à la 1/2, il sera nécessaire d'ajouter au mélange une certaine quantité d'iodure de potassium.

Ces solutions fortes seront nécessaires dans le traite-



ment des plaies qui suppurent et par conséquent dans le traitement des brûlures.

Pour le choix du degré de solution iodée, le médecin se laisse guidé par les sensations douloureuses déterminées par ce pansement.

Après avoir badigeonné la plaie avec des tampons d'ouate imbibée de solution d'iode, on termine par un pansement sec qui est renouvelé tous les deux jours.

Pathogénie du tabès

M. Albert Sezari (*Presse Médicale* n° 88), vient de publier quelques considérations très pratiques sur la pathogénie du tabès syphilitique. Des recherches de ce médecin, il résulte que le tabès, comme la paralysie générale, qui surviennent si souvent chez les syphilitiques, ne seraient que le développement tardif, d'inflammations latentes appartenant à la période secondaire de la syphilis. Ces affections latentes, de nature inflammatoire, laissent dans les méninges et la substance corticale de la convexité du cerveau, des séquelles d'inflammation, qui sous des influences étiologiques diverses se réveillent après des années et déterminent les symptômes de la paralysie générale, et ceux du tabès, de longues années après la disparition des accidents secondaires de la syphilis.

Cette pathogénie, très intéressante au point de vue de l'anatomie pathologique, présente un caractère pratique de la plus haute importance et sur lequel nous voulons ramener l'attention des praticiens.

Si aujourd'hui, les médecins s'accordent à appliquer à la syphilis un traitement systématisé, pendant de longues années, c'est que l'expérience leur a démontré que c'était

seulement par ce mode de traitement qu'on arrivait à empêcher l'apparition des accidents tardifs, et aussi, à rendre de plus en plus rare l'hérédité de ces affections syphilitiques.

Il faut reconnaître que Fournier a rendu un très grand service, en donnant des règles pour la systématisation de ce traitement.

Nucléinate de soude dans le traitement de la paralysie générale.

Le nucléinate de soude a pour propriétés de produire une hyperleucocytose et une hyperthermie notable ; ces deux symptômes s'accompagnent d'une réaction locale au point de l'injection, réaction locale pouvant aller jusqu'à l'inflammation phlegmoneuse et la formation d'abcès.

Ces injections doivent être faites, et à des intervalles variant de 2 à 4 jours ; et dans les observations de M. Donath, le nombre des injections varia de 3 à 18. La quantité du nucléinate injecté fut de 1 à 2 gr. pour injection.

Les 2/3 des paralytiques traités par cette méthode furent très améliorés au point de pouvoir gagner leur vie comme auparavant.

Nous avons cru devoir signaler l'action de ce nouveau médicament contre une maladie qui, abandonnée à elle-même, arrive en quelques années à l'incurabilité et à la mort.

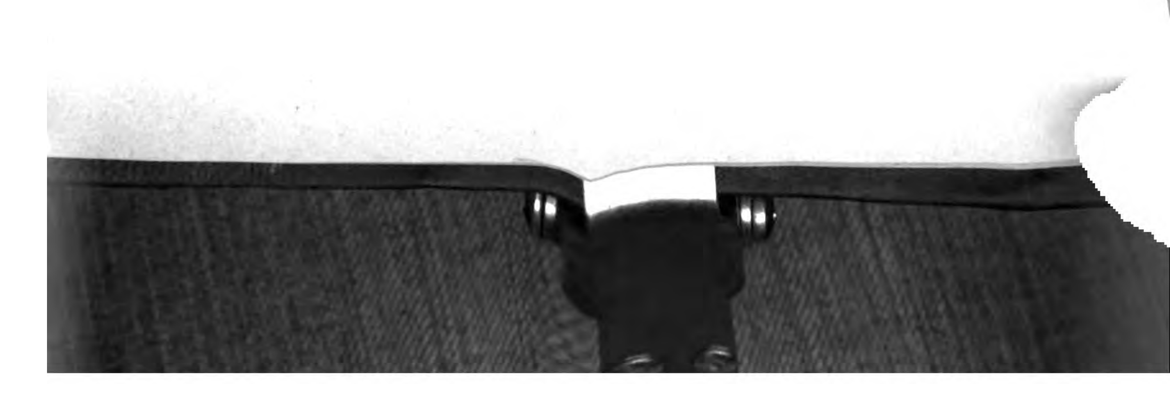
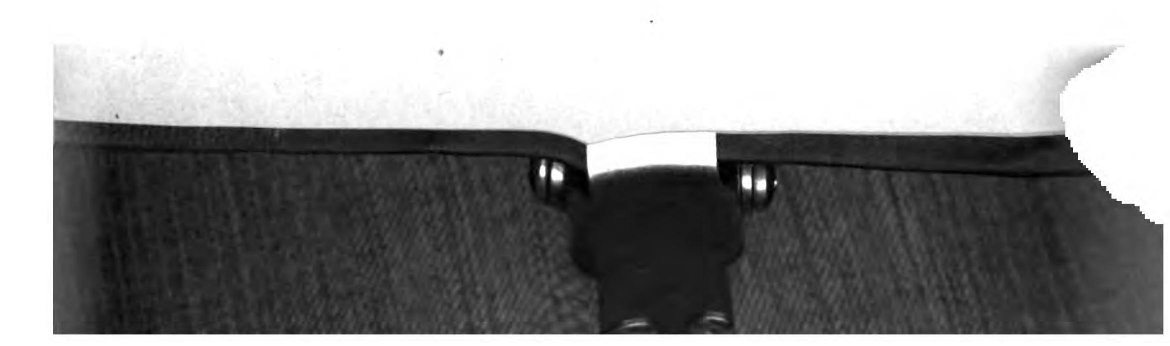


TABLE DES MATIÈRES







Le Propriétaire-Gérant : P. JOUSSET.

Paris. — Imprimerie A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone.*



Décembre 1909

L'ART MÉDICAL

JOURNAL

DE MÉDECINE GÉNÉRALE

ET

DE MÉDECINE PRATIQUE

FONDÉ PAR

JEAN-PAUL TESSIER

PHILOSOPHIE MÉDICALE

HISTOIRE NATURELLE | NOSOGRAPHIE
ANATOMIE | ÉTIOLOGIE
PHYSIOLOGIE | SÉMÉIOTIQUE
HYGIÈNE | ANATOMIE PATHOLOGIQUE

THÉRAPEUTIQUE EXPÉRIMENTALE
MÉDECINE DES INDICATIONS POSITIVES

CINQUANTE-CINQUIÈME ANNÉE
TOME CIX

PARIS
AU BUREAU DU JOURNAL
12, RUE DE BOURGOGNE, 12

1909



SOMMAIRE

S'adresser pour tout ce qui concerne la Rédaction :
à M. le Dr P. JOUSSET, *97, Boulevard Haussmann*

L'ART MEDICAL *paraît le 1er du mois, par cahiers de cinq feuilles, formant par année 2 volumes grand in-8° de 480 pages chacun.*

Conditions de l'abonnement pour 1909

(DOUZE MOIS)

Paris.................	15 fr.
Les Départements.....	18 »
L'Etranger............	20 »
Les pays d'outre-mer..	25 »

Les Souscripteurs sont priés d'envoyer, pour leur abonnement, un mandat sur la poste à l'adresse de M. Marc JOUSSET 12, Rue de Bourgogne, Paris.

On s'abonne à l'Administration.

Le prix de la collection de l'ART MÉDICAL est de 10 fr. par année prise à Paris : une année séparée 15 fr.



HOPITAL SAINT-JACQUES

Rue des Volontaire. (227, *rue de Vaugirard*)

Maison de santé. — Il existe, comme annexe à l'hôpital, une maison de santé, contenant des chambres à deux lits (5 francs par jour) et des chambres à un lit (6 à 10 francs par jour). Le traitement est compris dans ces prix lorsqu'il est donné par le médecin de service à l'hôpital. Les malades peuvent faire venir un autre médecin homœopathe à leurs frais. Ils peuvent être opérés par un chirurgien de leur choix.

Laboratoire bactériologique et micrographique. — Nous avons annexé à l'hôpital un laboratoire où les médecins et particuliers pourront faire faire les analyses et les recherches bactériologiques. Ces recherches seront gratuites pour les indigents.

Pharmacie homoeopathique spéciale. — La pharmacie, dirigée par un pharmacien de 1re classe, fait toutes les ordonnances de la ville ; elle peut fournir des médicaments aux médecins de province et de l'étranger.

La pharmacie tient à la disposition des médecins et des pharmaciens les produits suivants :

Tuberculine, Élément pyrétogène de la tuberculine, Tuberculine privée de l'élément pyrétogène, Cancer.

Ces divers produits existent à partir de la 1re dilution.

La pharmacie prépare aussi, sous la forme d'extraits liquides et de pastilles, les produits Brown-Séquardiens irés des divers tissus de l'économie :

Glande thyroïde. Pancréas, Rein, etc.



CLAUDE. Premières notions d'homœopathie à l'usage des familles. *Troisième édition*. 1886. 1 vol. in-18 de 200 pages....... 1 fr. 50

DAVASSE. La syphilis, ses formes et son unité. 1864. In-8 de 560 pages .... 8 fr

ESPANET. La pratique de l'homœopathie simplifiée. *Troisième édition*. 1 vol. in-16, cartonné........ 4 fr.

FREDAULT. Conférences cliniques à l'hôpital Saint-Jacques. Grand in-8........ 2 fr. 50

FREDAULT. Histoire de la médecine. Etude sur nos traditions. 1870-73. 2 vol. grand in-8........ 10 fr.

GALLAVARDIN (de Lyon). **Alcoolisme et criminalité.** Traitement médical de l'ivrognerie et de l'ivresse. 1889. In-18 de 226 pages.. 3 fr.

HAHNEMANN. Traité de matière médicale homœopathique, comprenant les pathogénésies du Traité de matière médicale pure et du Traité des maladies chroniques. Traduit par Léon SIMON et V.-P. Léon SIMON de l'hôpital Hahnemann. 1891. 4 vol. in-8 de 600 pages .... 32 fr.

— Études de médecine homœopathique. 1855. 2 vol. in-8 ... 14 fr.

HÉRING (C.). Médecine homœopathique domestique. Traduction nouvelle, par le Dr L. SIMON. *Septième édition*, augmentée d'instructions sur l'emploi des nouveaux médicaments. 1891. 1 vol. in-18 jésus de 700 pages avec 119 figures........ 8 fr.

HIRSCHEL. Guide du médecin homœopathe au lit du malade, et répertoire de thérapeutique homœopathique. Traduction par V.-Léon SIMON. *Deuxième édition*. 1874. 1 vol. in-18 jésus de XXIV-540 pages .... 5 fr.

HUGHES. Manuel de thérapeutique, selon la méthode de Hahnemann. Traduit de l'anglais sur la 2e édition, par le Dr GUÉRIN-MÉNEVILLE. 1 vol. in-18 de 668 pages........ 6 fr.

IMBERT-GOURBEYRE. Lectures publiques sur l'homœopathie, faites au palais des Facultés de Clermont-Ferrand. 1865. In-8........ 3 fr.

JOUSSET (Marc). Les maladies de l'enfance. Description et traitement homœopathique. 1 vol. in-16 de 400 pages........ 4 fr.

JOUSSET (Marc). Essai sur les hématocèles intra-péritonéales. Gr. in-8 de 176 pages .... 3 fr.

JOUSSET (P.). Clinique de l'hôpital St-Jacques. 1 vol. in-8. 7 fr. 50
— — — — 2e série. In-8. 9 fr.
— — — — 3e série. In-8. 8 fr.

JOUSSET (P.). Éléments de matière médicale expérimentale et de thérapeutique positive, avec la collaboration des Drs BON, CLAUDE, GABALDA, GUÉRIN-MÉNEVILLE, M. JOUSSET, PIEDVACHE et J.-P. TESSIER. 1884. 2 forts vol. in-8 (750-850 pages)........ 18 fr.

JOUSSET (P.). Éléments de médecine pratique, contenant le traitement homœopathique de chaque maladie. *Deuxième édition*. 1887. 2 forts vol. in-8........ 15 fr.

JOUSSET (P. et M.). Mémorial de thérapeutique homœopathique. 4 fr.

JOUSSET (P.). Éléments de pathologie et de thérapeutique générales. 1 vol. in-8 de 280 pages. *Deuxième édition revue et augmentée*. 4 fr.

JOUSSET (P.). La tuberculose. Contagion, hérédité, traitement. 1 vol. in-18, par M. le Dr JOUSSET........ 3 fr.

PROUST-LACUZON. Formulaire homœopathique usuel ou Guide homœopathique pour traiter soi-même les maladies. *Sixième édition*. 1889. 1 vol. in-18 jésus de 583 pages........ 6 fr.

TESSIER (J.-P.). Etudes de médecine générale Grand in-8 fr. 50



Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — Téléphone.

